

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1902-1903. — N° 7

TRAVAIL DES LABORATOIRES DE MÉDECINE EXPÉRIMENTALE ET DE CLINIQUE
INFANTILE DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

LE

SÉRO-DIAGNOSTIC

DE LA TUBERCULOSE

CHEZ

LES ENFANTS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 29 novembre 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ANDRÉ DESCOS

*Ancien Interne des Hôpitaux et de la Maternité de la Charité de Lyon
Lauréat des Hôpitaux (Prix Bonnet, 1897; Prix Bouchet, médecine, 1902)
Préparateur du Laboratoire de Médecine expérimentale
et comparée de l'Université.*

Né à Saint-Etienne, le 23 avril 1876



SAINT-CHAMOND

IMPRIMERIE A. POMÉON ET SES FILS

1902

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1902-1903. — N° 7.

TRAVAIL DES LABORATOIRES DE MÉDECINE EXPÉRIMENTALE ET DE CLINIQUE
INFANTILE DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

LE
SÉRO-DIAGNOSTIC
DE LA TUBERCULOSE
CHEZ
LES ENFANTS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 29 novembre 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ANDRÉ DESCOS

*Ancien Interne des Hôpitaux et de la Maternité de la Charité de Lyon
Lauréat des Hôpitaux (Prix Bonnet, 1897 ; Prix Bouchet, médecine, 1902)*

*Préparateur du Laboratoire de Médecine expérimentale
et comparée de l'Université.*

Né à Saint-Etienne, le 23 avril 1876



SAINT-CHAMOND

IMPRIMERIE A. POMÉON ET SES FILS

1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.....	DOYEN.
LACASSAGNE.....	ASSESEUR.
CROLAS.....	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVÉAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....		BARD.
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.....		FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants.....		GAYET.
Physique médicale.....		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.....		WEILL.
Matière médicale et Botanique.....		MONOYER.
Parasitologie.....		HUGOUNEQ.
Anatomie.....		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.....		FLORENCE.
Physiologie.....		LORTET.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie externe.....		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		MORAT.
Anatomie pathologique.....		TEISSIER.
Médecine opératoire.....		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.....		MAYET.
Médecine légale.....		TRIPPIER.
Hygiène.....		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.....		ARLOING.
Pharmacologie.....		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER.
		CROLAS.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes.....	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires.....	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS, —
Propédeutique médicale.....	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.....	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique.....	DEVIC, —
Physiologie.....	DOYON, —
Accouchements.....	FABRE, —
Botanique.....	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	SIRAUD.	BÉRARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ARLOING, Président; WEILL, Assesseur.

MM. NOVÉ-JOSSERAND et P. COURMONT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Ce travail est dédié en témoignage de très vive reconnaissance,

à Monsieur le Professeur S. ARLOING,

CORRESPONDANT DE L'INSTITUT.

qui, depuis trois ans qu'il nous a accueilli comme préparateur, n'a cessé de nous prodiguer des marques de bienveillance, et a droit à notre profond attachement.

et à Monsieur le Professeur Ed. WEILL,

PROFESSEUR DE CLINIQUE INFANTILE

qui pendant notre année d'internat à la Charité nous a témoigné un si vif intérêt, en nous ouvrant toutes grandes les portes de sa clinique et de son laboratoire, et en nous guidant de ses conseils si précieux dans l'étude des maladies des enfants.

Nous sommes heureux, arrivé à la fin de notre internat, de pouvoir également témoigner ici toute notre gratitude à nos Maîtres qui, soit au lit du malade, soit dans les laboratoires, nous ont fait profiter, sans compter, de leur enseignement.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX :

MM. le Professeur agrégé GANGOLPHE
le Professeur GAILLETON.
le Professeur BARD.
le Docteur AUDRY.

dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe.

MM. le Docteur MOUISSET.
le Professeur JABOULAY.
le Docteur CORDIER.
le Professeur AUGAGNEUR.
le Professeur agrégé ROQUE.
le Professeur LÉPINE.
le Docteur E. JOSSERAND.
le Professeur WEILL.
le Professeur agrégé BÉRARD.

dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne,

A NOS MAITRES A LA FACULTÉ

M. le Professeur J. COURMONT.

qui nous a donné si souvent des preuves de sollicitude.

M. le Docteur J. NICOLAS, chef des travaux du Laboratoire de Médecine expérimentale.

M. le Professeur agrégé Paul COURMONT,

*nos initiateurs, au Laboratoire du Professeur Arloing,
dont les conseils amicaux ont été de tous les instants.*

Enfin, nous n'aurons garde d'oublier nos chefs de conférences, à qui nous devons d'être arrivé à l'Internat :

M. le Docteur J. DENIS, chirurgien de l'Hôpital français de Constantinople.

M. le Docteur J.-M. GEREST, médecin des Hôpitaux de Saint-Etienne.

Nous devons aussi nos sincères remerciements à tous ceux qui ont bien voulu s'intéresser à notre travail,

à M. le Docteur AUDRY, médecin des Hôpitaux.

à M. le Professeur agrégé NOVÉ-JOSSERAND, chirurgien des Hôpitaux.

qui ont mis à notre disposition et nous ont permis de mettre à profit les ressources de leur service, à la Charité,

et à nos amis :

AGNIEL, COGNARD, DESGOUTTES, MAYOUD, PRAVAZ,
dont l'aide nous a été si utile pour la recherche et l'examen de nos petits malades.

Nous remercions tout spécialement ici M. le Professeur Arloing, M. le Professeur Weill, MM. les Professeurs agrégés Nové-Josserand et Paul Courmont, d'avoir bien voulu, en acceptant de présider et de faire partie de notre Jury de thèse, nous donner une nouvelle preuve de leur bienveillance.

DU MÊME AUTEUR

Sur un cas de cancer du duodénum à forme périvartérienne propagé aux voies biliaires et à la tête du pancréas sans ictère progressif. (En collaboration avec M. L. Bériel).

Revue de Médecine, 10 août 1899, p. 633.

Tumeur tuberculeuse du lobe droit du cervelet; double trépanation; mort par shock bulbaire avec dissociation entre la respiration et la circulation.

Soc. des Sc. médicales de Lyon, séance du 5 juillet 1899.

Lyon médical, 15 octobre 1899, XCII, 213.

Accès de tétanie légers dans la convalescence d'une pneumonie aiguë. (En collaboration avec M. J. Nicolas).

Province médicale, 21 septembre 1901.

De l'emploi de cultures âgées de bacilles d'Eberth et de cultures formolées, au point de vue du séro-diagnostic. (En collaboration avec M. L. Bancel).

Province médicale, 28 septembre 1901.

Les sérums précipitants. — Leur utilisation dans la différenciation des espèces animales; importance médico-légale.

Province médicale. 5 octobre 1901.

Deux cas de tuberculose traumatique de la plèvre.

(In thèse de Hugues, Lyon 1901-1902).

Sur « l'agglutination des bacilles tuberculeux et son utilisation en clinique », de R. Koch.

Bulletin médical, 1901, n° 102.

Des toxones de la tuberculine et de leur influence sur le développement de la tuberculose expérimentale. (En collaboration avec M. le Professeur S. Arloing).

C. R. Soc. de Biologie, 28 décembre 1901 et 18 janvier 1902.

Journ. de Physiol. et de Pathol. gén., n° 1, janvier 1902, p. 139.

Angine à pneumo-bacille de Friedlander.

Presse médicale, n° 19, 5 mars 1902.

Cytologie et séro-diagnostic tuberculeux. (En collaboration avec M. le Professeur Weill).

Bull. Soc. méd. des hôp. de Lyon, séance du 14 mars 1902.

Fièvre typhoïde et granulie.

Lyon médical, 16 et 23 mars 1902.

La formule hémoleucocytaire de la varicelle. (En collaboration avec M. le Professeur Weill).

Bull. Soc. méd. des hôp. de Lyon, avril 1902.

Journ. de Physiol. et de Pathol. gén., n° 3, mai 1902.

Sur un monstre anencéphale.

Soc. des Sc. médicales de Lyon, 11 juin 1902.

Influence de la voie d'introduction sur le développement des effets préventifs et curatifs du sérum antitétanique. (En collaboration avec M. H. Barthélemy).

C. R. Soc. de Biologie, 26 juillet 1902.

Journ. de Physiol. et de Pathol. gén. n° 5, septembre 1902.

Passage des bacilles tuberculeux après ingestion dans les chylifères et le canal thoracique. (En collaboration avec M. J. Nicolas).

C. R. Soc. de Biologie, 26 juillet 1902.

Journ. de Physiol. et de Pathol. gén., n° 5, septembre 1902.

Applications cliniques du cyto-diagnostic des épanchements des séreuses. (Mémoire couronné par les Hospices civils de Lyon, prix Bouchet).

Revue de médecine, 10 sept. et 10 oct. 1902, pages 815 et 906.

Virulence pour le chien du bacille du beurre, de Binot. (En collaboration avec M. Paul Courmont).

C. R. Soc. de Biologie, novembre 1902.

De l'agglutination des bacilles acidophiles en cultures homogènes. (En collaboration avec M. Paul Courmont).

C. R. Soc. de Biologie, novembre 1902.

Journ. de Physiol. et de Pathol. gén., n° 6, novembre 1902.

Importance de la leucocytose dans le diagnostic des affections pelviennes chez la femme. (En collaboration avec M. L. Bérard).

(en préparation)

N. B. — Nous désignerons par des chiffres du texte (333) les renvois de notes au bas de chaque page; et par des petits chiffres noirs (333) ceux qui ont rapport à la bibliographie placée à la fin du volume.

PREMIÈRE PARTIE

INTRODUCTION — TECHNIQUE

LA SÉRO-RÉACTION TUBERCULEUSE
CHEZ LE NOUVEAU-NÉ ET L'ENFANT NORMAL

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Difficulté du diagnostic clinique de la tuberculose chez l'enfant. — Nombreux moyens adjuvants employés pour y remédier. — Le séro-diagnostic d'Arloing-Courmont.

Il suffit d'avoir passé quelques mois dans un service de médecine infantile pour être frappé de la très grande difficulté qu'offre dans le jeune âge le diagnostic de la tuberculose. Tandis que chez l'adulte, l'embarras du clinicien ne vise guère que certaines formes de tuberculose pulmonaire au début à peu près silencieux, dont la découverte est, il est vrai, de la plus haute importance au point de vue de la prophylaxie et de la curabilité de la tuberculose, chez l'enfant au contraire, cette difficulté se retrouve dans toutes les formes comme à toutes les périodes de la maladie.

Dans le jeune âge en effet, — sauf chez l'enfant au-dessus de dix ans qui se rapproche de plus en plus de l'adulte, — la tuberculose pulmonaire, fort rare d'ailleurs dans sa forme ulcéreuse chronique, ne se présente pas comme chez l'adulte avec des signes bien

localisés aux sommets, que l'on voit se modifier progressivement à mesure qu'ils indiquent l'induration, puis le ramollissement et enfin l'excavation du parenchyme. Chez le jeune enfant, la tuberculose est éminemment diffuse, d'autant plus diffuse que l'enfant est plus jeune : des râles plus ou moins gros disséminés dans toute l'étendue de l'un ou des deux poumons, quelquefois plus nombreux à une base, d'autres fois à un sommet, un souffle à localisation variable, tels sont les signes pulmonaires essentiellement banaux par lesquels se traduira le plus souvent à l'oreille la phtisie de l'enfant, quelle que soit sa période d'évolution. Bien plus, au début, lorsqu'ils existent, ces signes de la période de « conglomération » si bien analysés par Grancher (modifications de la tonalité, du murmure, etc.) d'une si grande valeur chez l'adulte, n'ont plus chez l'enfant une signification aussi nette et induisent facilement en erreur ; et de même plus tard, si des cavernes existent souvent sans souffle caverneux ni gargouillement, il n'est pas rare par contre que des signes cavitaires fassent porter à tort le diagnostic d'excavation.

Mais encore cette tuberculose à marche chronique ne se voit guère chez l'enfant qu'à partir de six ou huit ans, pour prendre à mesure qu'il avance en âge des caractères la rapprochant de plus en plus de celle de l'adulte. Chez le tout jeune enfant, la tuberculose revêt presque toujours une allure aiguë ; tantôt quand elle reste pulmonaire, elle affecte la forme d'une broncho-pneumonie qu'on ne pourra le plus souvent distinguer d'une broncho-pneumonie ordinaire ; plus souvent elle se généralise : et alors c'est la granulie ressemblant à

n'importe quelle infection générale; ou encore c'est la méningite, qu'il faudra diagnostiquer de tous les accidents méningés si fréquents dans les premières années de la vie. Dans toutes ces formes de tuberculose aiguë, il n'existe le plus souvent aucun signe caractéristique pouvant faire affirmer la véritable nature de la maladie.

La tuberculose des séreuses si répandue dans la seconde enfance apporte elle aussi son contingent de difficultés, soit qu'il s'agisse de déterminer si une pleurésie est ou n'est pas tuberculeuse, car chez l'enfant la moitié des pleurésies primitives reconnaissent une origine non bacillaire; soit qu'il s'agisse de fixer la nature d'une péritonite ou d'une péricardite.

Et si nous songeons encore à toutes ces anémies qu'on qualifie de suspectes, à ces diarrhées, à ces dyspepsies gastro-intestinales dont l'autopsie vient révéler la nature tuberculeuse; si nous envisageons tous ces petits cachectiques que l'on prend pour des athrepsiques, des rachitiques, des syphilitiques héréditaires, et qui ne sont parfois que des bacillaires; si nous considérons aussi les tuberculoses ganglionnaires externes ou viscérales, nous comprendrons quelle multiplicité de manifestations peut revêtir chez le jeune enfant l'infection tuberculeuse, et en face de quelles difficultés de diagnostic parfois insurmontables se trouvera le médecin.

Aussi les cliniciens se sont-ils efforcés de trouver en dehors des manifestations passagères de la maladie proprement dite, des symptômes plus fixes, permanents, qui seraient comme des stigmates de l'infection tuberculeuse, dont ils révéleraient la présence. Telles sont

les indications fournies par l'habitus extérieur du petit malade, par le développement du système pileux; par l'augmentation de volume du ventre, l'hypertrophie du foie et de la rate; par la polymicroadénopathie de Legroux, la fréquence des lésions cutanées, des otites moyennes; par les troubles trophiques et vaso-moteurs; par les troubles nerveux si bien étudiés par Weill (hémihypéresthésie profonde, musculaire, osseuse, articulaire); par le syndrome bien spécial également décrit par Weill : « Refroidissement notable quand l'enfant passe d'un milieu chaud dans un milieu froid, avec cyanose de la face et des extrémités, augmentation du volume de la rate, albuminurie, hyperglobulie » (1). Tous ces renseignements sont souvent des plus précieux; mais par leur inconstance ou leur manque de spécificité, ils ne suffisent souvent pas à vaincre les hésitations du diagnostic.

*
* *

Devant cette insuffisance de la clinique à dépister les si diverses manifestations de la tuberculose infantile, on s'est adressé à toute une série de moyens adjutants, dont la plupart avaient déjà été employés chez l'adulte, non sans succès. Le service du Professeur Hutinel fut l'un des principaux centres où fut élaboré l'examen systématique de ces divers procédés, dont on

(1) WEILL. — Troubles nerveux chez les tuberculeux, *Rev. de Méd.*, 1893. — Un syndrome particulier chez les enfants tuberculeux, *Lyon Médical*, 1894. — Précis de médecine infantile, Paris, O. Doin, 1900.

trouvera une excellente étude d'ensemble dans la thèse de son élève L. Bertherand (1).

L'épreuve de la tuberculine employée avec une très grande prudence, constituerait pour cet auteur « le réactif par excellence de la tuberculose pulmonaire infantile ». Il semble, en effet, impossible aujourd'hui de ne pas reconnaître la très grande valeur diagnostique de la tuberculine; et très volontiers aussi nous reconnaissons que dans la plupart des cas, à la condition d'être maniée avec des précautions infinies, elle ne présente pas de bien grand danger. Sans parler des nombreuses statistiques allemandes favorables à la tuberculine, les statistiques françaises des services de Grasset et de Hutinel, et tout récemment à Lyon même, l'article très instructif dans lequel le Dr Guinard (2) jadis adversaire de la tuberculinisation, se montrait à son retour du sanatorium de Friedrichsheim complètement réconcilié avec cette méthode, nous montrent bien que la terreur inspirée aux médecins français par la tuberculine était très exagérée. Néanmoins, toujours sous le souvenir des désastres du début, nous ne saurions être absolument débarrassé de toute crainte; d'autant plus que la lecture attentive des comptes-rendus de tuberculinations, nous fait rencontrer parfois des phrases assez peu rassurantes : « Chez le petit malade de l'observ. 12, outre l'élévation thermique, l'injection fut suivie de troubles digestifs marqués, de vomissements qui per-

(1) L. BERTHERAND. — Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire des jeunes enfants, *Thèse*, Paris, 1899.

(2) L. GUINARD. — Sur les injections diagnostiques de tuberculine, *Lyon Médical*, 1902, p. 703 et 743.

sistèrent plusieurs jours; la perte de poids atteignit en quelques jours environ 400 gr.; des phénomènes congestifs intenses apparurent du côté des lésions pulmonaires (1) ». Or, il est peut-être permis de se demander jusqu'à quel point est légitime l'emploi d'un moyen de diagnostic qui provoque chez un petit enfant tuberculeux d'aussi violentes réactions! En tous cas et de l'aveu même de leurs partisans, « les injections de tuberculine donnent bien une réaction pathognomonique de l'infection tuberculeuse, mais leur emploi est délicat et ne peut être employé que dans certains cas (2) ».

On en peut dire tout autant des *injections d'iodure de potassium*, préconisées par Landouzy, et des *injections de sérum artificiel*, employées par Hutinel, avec cette différence qu'elles sont loin d'avoir la valeur spécifique des injections de tuberculine. « Les injections de sérum artificiel, dit Bertherand, dans ses conclusions (3), produisent souvent une réaction thermique intense chez les petits tuberculeux. Leur emploi n'est pas exempt de dangers; elles s'accompagnent souvent de poussées fluxionnaires pérítuberculeuses. Ces réactions n'ont rien de caractéristique; elles se produisent souvent chez des sujets sains ou atteints d'affections autres. »

La recherche du bacille de Koch dans les crachats, soulevait chez le jeune enfant qui n'expectore pas, mais déglutit ses crachats, des difficultés qui ont été résolues

(1) L. BERTHERAND. — *Loc. cit.*, p. 60.

(2) L. BERTHERAND. — *Loc. cit.*, p. 119.

(3) L. BERTHERAND. — *Loc. cit.*, p. 119-120.

avec un succès très relatif par l'examen des mucosités de l'arrière-gorge (Demne (1), Kauffmann (2), Bulius (3) ou l'examen des selles (Kossel (4); avec beaucoup plus de succès au contraire par l'examen des crachats déglutis et retirés de l'estomac par le lavage de cette cavité, suivant le procédé de Henri Meunier (5). Mais outre que le lavage de l'estomac n'est pas chez le nourrisson, — ainsi que nous avons pu nous en rendre compte à la crèche du Professeur Weill, — aussi inoffensif que le soutient H. Meunier, la recherche du bacille dans les mucosités stomacales ne donne de résultats que dans les cas de tuberculose ouverte, lorsqu'il y a fonte des tubercules. Or « la tuberculose ouverte n'est pas la forme de phtisie que l'on rencontre en général chez le jeune enfant. La plupart du temps l'autopsie ne laisse déceler que quelques granulations miliaires auxquelles correspondent de gros ganglions souvent caséeux... La recherche du bacille pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire de la première enfance n'a donc qu'une valeur relative (6) ».

Quant à la *radioscopie* et à la *radiographie* qui ont donné à Bouchard et Claude et à Bécclère de si heureux

(1) DEMNE. — *Berl. Klin. Wochenschrift*, 1883.

(2) KAUFFMANN. — *Prag. Med. Wochenschrift*, 1892.

(3) BULIUS. — Documents sur la clinique et le diagnostic de la tuberculose dans les premières années de la vie. *Jahrbuch für Kinderheilk*, mars 1899.

(4) KOSSEL. — Ueber die Tuberculose in frühen Kindesalter. *Zeit. für Hyg. und Infect. Krankh.* XXI, 1895

(5) HENRI MEUNIER. — Bacilloscopie des crachats extraits de l'estomac pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire de l'enfant. *IV^e Congrès de la Tuberculose*.

(6) L. BERTHERAND. — *Loc. cit.*, p. 78.

résultats dans le diagnostic des tuberculoses latentes chez l'adulte, « elles peuvent, dit Bertherand (1), rendre des services en révélant soit un foyer d'hépatisation, soit une adénopathie trachéo-bronchique, ou en permettant de déceler une collection purulente dont la recherche est souvent si délicate chez le petit enfant. Elles ne nous ont pas donné chez l'enfant en bas âge, au point de vue de la tuberculose, des renseignements aussi précis que ceux qu'elles ont paru fournir chez l'adulte... Les rayons X n'ont point fait leur preuve pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire infantile. »

En somme, ces divers procédés constituent des adjuvants dont le clinicien aurait grand tort de se priver ; mais il devra toujours avoir présent à l'esprit que leur valeur est parfois très relative et que leur emploi n'est pas toujours absolument exempt de danger.

« Il appartenait à MM. Arloing et P. Courmont de nous donner une nouvelle méthode susceptible de s'appliquer à toutes les formes de la tuberculose, à toutes ses périodes, d'un caractère absolument spécifique et tout à fait inoffensive pour le malade : la recherche de l'agglutination du bacille de Koch par le sérum des tuberculeux » (2). La séro-réaction tuberculeuse, qui avait déjà donné de si heureux résultats chez l'adulte entre les mains de MM. Arloing et P. Courmont et de la plupart de leurs imitateurs ne pouvait-elle pas également

(1) L. BERTHERAND. — *Loc. cit.*, p. 120.

(2) HAWTHORN. — De la séro-réaction tuberculeuse... *Mémoire couronné par le Comité Médical des Bouches-du-Rhône*, Marseille, Imp. Marseillaise, 1902.

fournir à la clinique infantile l'adjuvant tant cherché, à la fois efficace et sans danger, qui allait enfin permettre de dépister à coup sûr l'infection tuberculeuse dans le jeune âge ? C'est ce que nous avons voulu rechercher dans ce travail que nous avons entrepris il y a un an, dès le début de notre internat à la Clinique infantile du Professeur Weill.

*
* *

Le Professeur Arloing, en 1898, après avoir réussi à faire végéter le bacille tuberculeux en cultures homogènes, montra que ces cultures se laissaient agglutiner par le sérum des individus tuberculeux : si on ajoute une goutte de sérum à cinq, dix, quinze, vingt gouttes de culture, il se produit parmi les bacilles des phénomènes d'agglutination absolument analogues à ceux que provoque le sérum des typhiques sur les cultures de bacilles d'Eberth : le séro-diagnostic de la tuberculose était trouvé (1, 2, 3, 4).

Elève du Professeur Arloing, nous avons eu le bonheur de pouvoir suivre en quelque sorte pas à pas les progrès réalisés, avec la collaboration de Paul Courmont, dans les applications cliniques du séro-diagnostic tuberculeux, et d'assister aux différentes phases de cette grande œuvre que nos maîtres poursuivent depuis plus de quatre ans avec un esprit de suite et une rigueur scientifique et clinique qui en ont assuré le plein succès. Chaque année, en même temps que les cas cliniques confirmatifs recueillis dans les divers hôpitaux de Lyon devenaient de plus en plus nombreux, en même temps la méthode se faisait de plus en plus pratique,

la technique se simplifiait, le séro-diagnostic tuberculeux devenait un véritable procédé clinique. De plus, la critique très judicieuse qu'ils faisaient des travaux de leurs imitateurs, nous persuadait bientôt que si certains auteurs, à l'étranger, Beck et Rabinowitsch (29), Dieudonné (31), de Nobele et Beyer (43), Thellung (55), dans des travaux souvent très consciencieux, n'ont pas obtenu les résultats favorables des auteurs Lyonnais, la faute en était constamment à ce qu'ils n'avaient pas suivi d'une façon rigoureuse la technique indiquée, ou qu'ils avaient méconnu ou incomplètement saisi l'importance de certains détails ou qu'ils ne s'étaient pas suffisamment pénétrés de l'esprit d'une méthode purement clinique. De même, nous pouvions constater que l'observation fidèle de ces conditions avait au contraire assuré le succès de la méthode entre les mains de la plupart des auteurs qui avaient fait du séro-diagnostic tuberculeux une étude sérieuse : Ferré, Mongour (22), Buard (23) et Rothamel (24), à Bordeaux, au lendemain même des premiers travaux Lyonnais ; Mosny (25), Ravaud (45), Schrapf (44), à Paris ; Carrière (37), à Lille ; Hawthorn (52), à Marseille ; Bendix (26), Romberg (38-39), (ce dernier avec une technique un peu différente), Rumpf et Guinard (48), en Allemagne ; Ascoli et Gregorio (49), en Italie ; Kazarinoff (40), en Russie, etc.

Aussi lorsque nous avons entrepris l'étude du séro-diagnostic tuberculeux chez les enfants, non seulement nous étions très familiarisé avec une technique à laquelle Paul Courmont lui-même nous avait initié, mais encore nous étions pleinement fixé sur la valeur clinique de la méthode de S. Arloing-Courmont ; et

il s'agissait moins pour nous d'apporter une nouvelle statistique établissant le pourcentage plus ou moins favorable des cas positifs et des cas négatifs, que d'appliquer à un genre spécial de malades un moyen d'investigation dont nous connaissions déjà la très grande valeur, et de l'étudier comme un symptôme, en clinicien.

C'est, en effet, une erreur encore assez répandue parmi les cliniciens, de s'imaginer qu'un procédé adjuvant de diagnostic, dans le genre du séro ou du cyto-diagnostic doit donner à la clinique en défaut une réponse mathématique. Rien n'est plus faux : il est évident qu'un semblable procédé ne pourra jamais s'appliquer à des malades. On doit considérer le séro-diagnostic non comme une sanction appelée à trancher par oui ou par non un diagnostic hésitant, mais comme un symptôme, présentant comme tout symptôme en clinique de grandes variabilités individuelles, et qui doit être examiné en clinicien, dans toute sa contingence et sa relativité. Prenons un exemple : un nourrisson est atteint de phénomènes nerveux pouvant faire soupçonner une méningite tuberculeuse; et d'autre part, un grand garçon de 14 ou 15 ans présente, à la suite d'une maladie infectieuse quelconque, des signes de bronchite, qui persistent un peu longtemps et dont on peut craindre la nature bacillaire. Chez tous les deux le séro-diagnostic est légèrement positif à 1 pour 3 (± 1 p. 3) : Qu'en concluerons-nous ? Que chez le nourrisson il y a beaucoup de chances pour que l'on ait affaire à une méningite tuberculeuse; tandis que chez le grand garçon il y a toute probabilité pour que

la tuberculose ne soit pas en cause. D'une même réponse de la séro-réaction, on peut donc tirer des conclusions absolument opposées; ce qui montre bien qu'un séro-diagnostic doit être étudié, discuté, apprécié, à la façon de n'importe quel autre symptôme clinique. C'est pourquoi, — au lieu de rechercher la séro-réaction tuberculeuse sur un très grand nombre d'enfants, par exemple sur tous les enfants qui sont entrés à l'hospice de la Charité pendant un an, ce qui nous aurait été relativement facile, — nous avons préféré nous limiter à un nombre de cas assez restreint, que nous avons pu étudier complètement, et que nous avons pu suivre pour la plupart pendant plusieurs mois, quelques-uns pendant une année.

*
* *

En dehors de son intérêt clinique qui, nous venons de le voir, est par dessus tout celui qui nous a guidé, la question du séro-diagnostic tuberculeux chez l'enfant soulève au point de vue de l'étude du phénomène de l'agglutination un certain nombre de problèmes intéressants.

Comme toutes les réactions de ce genre, comme l'agglutination éberthienne, par exemple, la séro-réaction tuberculeuse est avant tout une réaction *quantitative* beaucoup plus que *qualitative* : elle n'est valable, elle n'est spécifique que dans des proportions données, variables avant tout, — en se plaçant évidemment toujours dans les mêmes conditions d'expérience, — avec deux facteurs essentiels : *l'espèce animale* et *l'âge* de l'individu. C'est là, fait étrange, une notion qui sem-

ble avoir échappé à un grand nombre d'auteurs : c'est pour ne l'avoir pas suffisamment saisie que Beck et Rabinowitsch, de Nobele et Beyer, par exemple, veulent refuser toute valeur au séro-diagnostic chez l'homme, sous le prétexte que le sérum de certains animaux possède normalement un pouvoir agglutinant plus élevé que celui de l'homme tuberculeux !

S. Arloing (4, 42) le premier a mis en lumière ces variations du taux de l'agglutination, dans des travaux sur les animaux d'espèce bovine, établissant que chez la vache tuberculeuse le pouvoir agglutinant atteint 1 pour 20, alors que chez le jeune veau il peut être considéré comme nul. S. Arloing et P. Courmont (40) ont fait, au point du séro-diagnostic tuberculeux, l'étude parallèle des différentes espèces animales : tandis que chez le chien tuberculeux le pouvoir agglutinant atteint 1 pour 600, chez le lapin 1 pour 80, chez la vache, chez le cobaye il ne dépasse guère 1 pour 20. De Nobele et Beyer (43), plus récemment, ont également confirmé l'absence ou la très grande faiblesse du pouvoir agglutinant chez les veaux, les agneaux, les chevreaux ou les petits chiens. Il est de toute évidence que, dans ces conditions, la séro-réaction ne devra pas être recherchée au même taux, suivant qu'il s'agira d'un chien, d'un lapin ou d'une vache, ou encore suivant que l'on aura affaire à une vache ou à un veau, à une chèvre adulte ou à un chevreau.

Il en va exactement de même pour l'homme : chez l'homme tuberculeux le pouvoir agglutinant oscille entre 1 pour 5 et 1 pour 20 ; chez l'homme normal il peut peut-être atteindre jusqu'à 1 pour 5 ; que sera-t-il

chez l'enfant ? L'enfant se comportera-t-il à la façon des jeunes animaux qui n'agglutinent pas ou à peu près pas ? Et s'il se tuberculise, ses humeurs acquerront-elles des propriétés agglutinantes ? Dans quelles limites l'agglutination pourra-t-elle être considérée comme valable ? A priori, et en raisonnant par analogie, on peut prévoir que l'agglutination chez l'enfant sera plus faible que chez l'adulte, et que ses limites valables devront être abaissées. Mais, ces limites une fois déterminées, le phénomène conservera évidemment toute sa valeur.

De plus, l'enfant ne constitue pas un être toujours identique à lui-même. Entre le nouveau-né, le nourrisson, l'enfant proprement dit et le grand enfant, les différences à tous les points de vue sont trop marquées pour que la séro-réaction tuberculeuse se manifeste chez eux avec les mêmes caractères ; quelles modifications celle-ci va-t-elle donc subir en franchissant ces diverses étapes de l'enfance ?

Dans cette trop longue introduction nous avons essayé de montrer dans quel esprit nous avons entrepris ce travail, par quelles considérations nous nous étions laissé guider ; et nous avons fait entrevoir rapidement les points principaux que suscite dès qu'on veut l'entreprendre l'étude de la séro-réaction tuberculeuse chez l'enfant. Ces divers problèmes, nous avons essayé de les résoudre, en ne perdant jamais de vue que nous n'envisagions le séro-diagnostic qu'à un point de vue essentiellement clinique. Si nous avons pu y réussir, nous serons trop heureux d'apporter cette modeste contribution à l'œuvre solide et féconde qu'ont

édifiée et que perfectionnent chaque jour nos maîtres S. Arloing et P. Courmont.

Nous ne sommes pas le premier qui ayons appliqué le séro-diagnostic tuberculeux à l'enfance. Buard (23) en 1900, dans sa thèse inaugurale, a étudié à ce point de vue vingt-cinq enfants atteints pour la plupart d'affections tuberculeuses médicales ou chirurgicales; mais ce travail, fait au lendemain des premiers travaux lyonnais, est plutôt une contribution à la technique du séro-diagnostic et une confirmation de la nouvelle méthode qu'une œuvre entreprise dans une intention clinique. Hawthorn (52), dans un très important et très intéressant mémoire, a essayé la séro-réaction tuberculeuse sur une vingtaine d'enfants. Nous leur avons emprunté quelques observations. Signalons enfin que Romberg (38-39), de Nobele et Beyer (43) ont étudié le pouvoir agglutinant du sérum des nouveaux-nés.

NOTRE TRAVAIL COMPRENDRA :

La Description de la Technique que nous avons employée, dans ce qu'elle a d'un peu spécial.

L'Etude de la Séro-réaction tuberculeuse chez le nouveau-né et chez l'enfant normal.

L'Etude de la Séro-réaction chez l'enfant atteint d'affections tuberculeuses médicales.

L'Etude de la Séro-réaction chez l'enfant atteint d'affections tuberculeuses chirurgicales.

Quelques considérations générales concernant le Séro-diagnostic tuberculeux chez l'enfant.

Nos conclusions.

Nous donnerons enfin un *index bibliographique* à peu près complet de la question du Séro-diagnostic tuberculeux..

CHAPITRE II

TECHNIQUE

Emploi des cultures diluées. — Modifications à apporter au manuel opératoire du séro-diagnostic de la tuberculose chez l'enfant.

Nous indiquerons très exactement surtout dans ce qu'elle a d'un peu spécial la technique que nous avons suivie, estimant que la connaissance précise de cette technique est absolument indispensable à la juste appréciation des résultats obtenus par un auteur; nous avons déjà dit en effet que le taux de l'agglutination n'avait de valeur que par rapport à la méthode employée, et nous pensons qu'en matière de séro-diagnostic, comme de cytologie ou d'hématologie, de minimes différences dans le mode opératoire suffisent souvent à expliquer d'importantes divergences dans les résultats.

Cette technique, il est superflu de le dire, est celle de MM. S. Arloing et P. Courmont. Comme il est à désirer que pour la comparaison des résultats obtenus en France et à l'Etranger tous les chercheurs se servent du procédé le plus simple, le plus sûr, et emploient une méthode absolument identique, nous ne croyons pas inutile de la décrire ici dans ses principaux détails.

Néanmoins, nous laisserons de côté les généralités concernant l'agglutination du bacille tuberculeux de S. Arloing et l'obtention de cultures homogènes de ce bacille, toutes questions sur lesquelles on trouvera des renseignements très complets dans différentes publications de MM. S. Arloing et P. Courmont (1) et dans les thèses de leurs élèves Clément (2) et Feitu (3).

Partant des cultures homogènes du bacille de S. Arloing qui s'entretiennent *actuellement* dans son laboratoire tout aussi facilement qu'une culture de coli, d'Eberth ou de staphylocoque, nous insisterons surtout sur l'usage des cultures diluées et conservables, usage qui constitue une telle simplification de la méthode, que nous n'avons pas songé à en employer d'autres. Nous indiquerons également chemin faisant les modifications légères dans le manuel opératoire et l'appréciation de l'agglutination que comporte l'application du séro-diagnostic à l'enfant.

Dans la rédaction de ce chapitre, nous avons fait de nombreux emprunts à l'article « Indications pratiques pour le séro-diagnostic de la Tuberculose » que nos maîtres ont publié récemment dans la *Province Médi-*

(1) Lire surtout à ce sujet les articles suivants :

S. ARLOING et P. COURMONT. — Séro-diagnostic de la tuberculose. *Zeitschrift f. Tuberkul, u. Heilstæt.*, 1900. B. I., H. I.

S. ARLOING et P. COURMONT. — Le séro-diagnostic de la tuberculose. *Revue Générale in Gazette des Hôpitaux*, 1^{er} décembre 1900.

(2) H. CLÉMENT. — Contribution à l'étude du séro-diagnostic de la tuberculose ; son application aux cas de tuberculose chirurgicale. *Thèse de Lyon*, 1900.

(3) R. FEITU. — De l'agglutination du bacille de Koch par les épanchements tuberculeux. *Thèse de Lyon*, 1900.

cale (1), et qui accompagne désormais chaque envoi de cultures de bacilles agglutinables.

I. Obtention et conservation de la culture ou substance agglutinable

A. ENTRETIEN DES CULTURES LIQUIDES HOMOGÈNES.

Etant donné un échantillon de culture homogène du bacille d'Arloing, il sera bon, pour conserver cette culture dans de bonnes conditions, de la réensemencer assez abondamment chaque mois dans des matras cylindriques à fond plat, de 50 c. c., remplis à moitié de bouillon de bœuf ou de veau peptoné à 1 ou 2 0/0 et glycérimé à 4 ou 6 0/0. La nouvelle culture doit être placée à l'étuve à une température d'environ 38°, et agitée de temps en temps pour être obtenue parfaitement homogène. Autrefois on conseillait d'agiter la culture au moins une fois par jour, sous peine de voir se produire des grumeaux ou des voiles qui auraient rendu la culture impropre à l'agglutination. Mais actuellement le bacille d'Arloing est si bien adapté à ses nouvelles conditions d'existence que l'agitation est presque devenue superflue. Agitée ou non, la culture pousse très facilement, et déjà au bout de trois ou quatre jours, le bouillon présente un trouble uniforme

(1) S. ARLOING et P. COURMONT. — Indications pratiques pour le séro-diagnostic de la tuberculose. *Province Médicale*, 10 mai 1902.

assez épais (1), d'autant plus épais que la culture a été ensemencée plus abondamment; d'où l'indication, si l'on tient à avoir des cultures comparables, d'ensemencer dans les repiquages successifs des quantités sensiblement égales de cultures-mères de même richesse et à peu près de même âge (un mois en moyenne). Nous verrons plus loin toutefois, qu'avec l'emploi des cultures diluées, toutes ces précautions ont perdu beaucoup de leur importance.

B. EMPLOI DES CULTURES.

La condition essentielle pour avoir des résultats comparables, est d'employer des cultures d'égale agglutinabilité; pour cela il faut avoir des cultures d'égale richesse, et par suite du même âge : une culture trop jeune est trop *tendre*; une culture trop vieille est trop *dure*. On peut se servir soit de cultures jeunes, soit de cultures diluées.

a. *Emploi des cultures jeunes.*

Au bout de combien de jours une culture est-elle bonne pour l'agglutination ? C'est là le point délicat de la méthode. Autrefois les auteurs Lyonnais préconisaient des cultures de huit à douze jours; actuellement, étant donnée la facilité de plus en plus grande avec laquelle le bacille végète en bouillon glyciné, de telles cultures seraient beaucoup trop riches. *Pour le moment*

(1) Cela ne s'applique bien entendu qu'aux cultures du bacille d'Arloing et nullement aux bacilles tuberculeux d'autres souches que l'on pourrait faire pousser en cultures homogènes : les conditions de culture varieraient alors suivant ce bacille, et suivant son aptitude plus ou moins grande à se laisser homogénéiser.

on obtient au bout de quatre ou cinq jours des cultures déjà très agglutinables : un échantillon bon pour l'agglutination doit être *moyennement trouble et présenter un degré de viscosité suffisant pour que la culture mousse bien par le mélange de l'air*. D'ailleurs l'habitude est le meilleur guide pour juger du jour où il faut employer les cultures ; mais le véritable criterium consiste à essayer la culture avec un *sérum-étalon* (voir plus loin) : c'est la seule façon de s'assurer que plusieurs cultures sont bien exactement comparables entre elles.

On est obligé de reconnaître que l'emploi de ces cultures jeunes constitue un procédé très délicat, et qui nécessite déjà une certaine habitude des opérations bactériologiques. De plus, une culture ne restant bonne pour l'agglutination que pendant peu de jours, on n'aura pas constamment à sa disposition de la substance agglutinable ; il faudra prévoir à l'avance les jours où l'on devra faire des séro-diagnostic, etc. Pour remédier, il est vrai, à ce dernier inconvénient, on peut quand une culture est jugée à point pour l'agglutination, la conserver par le froid ou l'addition de formol. Néanmoins, des cultures ainsi conservées ne peuvent guère être utilisées que pendant une dizaine de jours.

Or, tous ces inconvénients, — précautions à prendre pour le repiquage des cultures, appréciation exacte de l'âge où une culture est agglutinable, difficulté d'avoir des cultures exactement semblables, impossibilité de posséder à volonté de la substance agglutinable, — disparaissent complètement grâce à l'emploi des cul-

tures diluées. Cet emploi constitue un perfectionnement considérable, sur lequel on n'a pas assez attiré l'attention, et grâce auquel, à notre avis, tout clinicien peut être à même de faire un séro-diagnostic tuberculeux.

b. Emploi des cultures diluées.

Voici le principe de la méthode : étant donnée une culture homogène trop vieille, âgée de dix ou douze jours par exemple, et qui par suite n'est plus suffisamment agglutinable, on peut la ramener à un taux convenable d'agglutinabilité, *en la diluant dans par exemple deux ou trois fois son volume d'eau salée stérilisée, à 7, 5 ‰*; plus la culture est vieille, plus la proportion d'eau salée doit être forte; c'est ainsi que nous avons pu utiliser des cultures âgées de trois mois, en les diluant dans soixante fois leur volume d'eau salée.

La culture diluée propre à l'agglutination a une teinte gris-bleuâtre d'apparence un peu laiteuse, surtout appréciable à la lumière oblique; elle présente une certaine limpidité et une assez grande transparence; l'agitation y détermine de fines ondes soyeuses. Cette teinte et cet aspect spécial sont très faciles à se mettre dans l'œil; et avec une certaine habitude on arrive facilement à obtenir « à l'œil » la dilution désirée. En tous cas, avant de faire une provision de culture, on devra toujours avoir essayé le contrôle d'un sérum-étalon.

Les grandes provisions de cultures diluées peuvent être conservées par le froid ou l'addition de formol pendant un temps fort long : nous nous sommes servi

plusieurs fois de cultures diluées depuis un mois et demi ou deux mois, et qui possédaient exactement les mêmes propriétés qu'aux premiers jours.

Les avantages de ce procédé sont considérables :

1^o D'abord au point de vue de l'entretien des souches : il devient inutile de réensemencer régulièrement chaque mois de nouvelles cultures, en prenant bien soin « d'ensemencer des quantités égales de cultures-mères de même richesse et de même âge ». Il suffit de repiquer les cultures de loin en loin de façon à en assurer la succession. Dès qu'on a obtenu une culture suffisamment trouble, on la retire de l'étuve et la laisse végéter à l'air libre, en y puisant au fur et à mesure de ses besoins la quantité que l'on veut diluer ;

2^o Il en résulte une économie considérable de matière agglutinable : avec cinquante grammes de culture homogène âgée par exemple de vingt ou trente jours, il est facile d'obtenir un litre de culture diluée agglutinable. D'autre part, tandis que une provision de culture homogène ne pouvait servir à l'agglutination que pendant quelques jours au delà desquels elle devait être sacrifiée, chaque provision pourra désormais être utilisée dans sa totalité.

3^o De plus, — avantage qui est peut-être le plus précieux, — ce temps très délicat qui consistait à apprécier l'âge exact où une culture devenait bonne pour l'agglutination, se trouve supprimé : toute culture, quel que soit son âge, peut être rendue agglutinable, puisqu'il suffit d'augmenter à mesure qu'elle vieillit la quantité d'eau salée à ajouter.

De même le fait de pouvoir posséder de grosses

quantités de culture diluée, outre qu'il permet d'avoir constamment sous la main de la substance agglutinable, résout la difficulté de l'obtention de cultures exactement semblables, puisqu'une même provision peut servir pendant très longtemps, et que d'autre part il devient très facile par l'addition à volonté d'eau salée d'obtenir une nouvelle provision exactement étalonnée sur la première. De la même façon on pourra, si on le désire, obtenir à volonté des cultures *tendres* (plus diluées) ou *dures* (moins diluées).

4^o Enfin, grâce à une provision de culture diluée toute prête pour l'agglutination, semblable en quelque sorte à un réactif chimique, tout praticien peut être à même de faire un séro-diagnostic tuberculeux : il lui suffira de faire dans des proportions exactes les mélanges de la culture et du sérum de son malade, et de suivre rigoureusement les règles indiquées pour l'appréciation des résultats.

C. — CONSERVATION DE LA MATIÈRE AGGLUTINABLE.

Nous avons dit que les cultures diluées pouvaient être conservées longtemps par le froid ou l'addition de formol : quelques renseignements complémentaires sont ici nécessaires.

Si on veut obtenir la conservation par le froid, il faudra mettre la culture dans une glacière, ou tout au moins à une température inférieure à 10°. Il nous semble plus simple de la conserver par l'addition de 3 à 4 % de formol du commerce, mais toujours en plaçant le mélange à une température peu élevée, pour éviter la diminution progressive de l'aptitude du mé-

lange à l'agglutination, ou la contamination par d'autres germes : en effet nous employons le formol à dose simplement *dysgénésique* et non totalement bactéricide ; car une quantité trop forte de formol aurait l'inconvénient de provoquer au bout de quelques jours des précipitations définitives dans la culture. On devra donc dans le maniement de ces cultures formolées observer toutes les règles d'asepsie en usage dans les opérations bactériologiques.

Il sera bon de répartir la provision de matière agglutinable ainsi obtenue, en une série de petits flacons bouchés par des bouchons paraffinés pour éviter l'évaporation.

Il faudra avoir grand soin *d'agiter l'émulsion de bacilles avant de s'en servir*, pour répartir uniformément le dépôt qui se forme à la longue dans les émulsions conservées. On peut préparer ainsi, expédier au loin et garder longtemps de grandes quantités de matière agglutinable avec des propriétés à peu près constantes.

Si par hasard, ce qui arrive assez souvent au gros de l'été, la culture, malgré le formol, continuait à végéter légèrement (on s'en apercevrait facilement à l'épaisseur du dépôt et à la teinte plus foncée de l'émulsion après l'agitation), il suffirait, au moment de s'en servir, d'ajouter un peu d'eau salée, pour la ramener à la teinte et, par suite, à l'agglutinabilité voulues.

D. — EMPLOI DU SÉRUM-ÉTALON.

Nous avons à plusieurs reprises parlé du contrôle des cultures par un sérum-étalon. En effet, qu'il s'a-

gisse de cultures jeunes ou diluées, leur aptitude au séro-diagnostic doit se juger par un sérum dont le pouvoir agglutinant est connu et déterminé une fois pour toutes. On choisit comme sérum-étalon un sérum qui agglutine dans les limites ordinaires du sérum des tuberculeux : 1 pour 10, 1 pour 15 ou 1 pour 20 (une sérosité pleurale ou un sérum animal conviennent pour cet usage). Conservé à l'obscurité, à la glacière ou aseptiquement à une température modérée, un tel sérum garde très longtemps le même pouvoir agglutinant. On n'emploiera donc dans la pratique que des cultures qui donnent avec ce sérum *l'agglutination cherchée en un temps déterminé*; et il sera même bon de faire à chaque séance de séro-diagnostic une agglutination témoin avec le sérum-étalon qui rassurera sur la conservation de l'agglutinabilité de la culture employée.

Dans tout le cours de nos expériences nous avons employé comme sérum-étalon *le sérum d'un cheval normal, dont le pouvoir agglutinant était ; $\pm$ à 1 pour 10, $\pm$ à 1 pour 15 en 4 à 6 heures*. Et toujours la culture dont nous nous sommes servi était amenée à ce taux d'agglutinabilité.

II. Obtention du sérum

Pour recueillir le sérum on recueille 1 cc ou 1 cc et 1/2 environ de sang dans un petit tube en verre, à l'aide d'une piqûre faite à la lancette au bout du doigt. Chez les nourrissons il vaut mieux faire la piqûre au gros orteil, et quelquefois même on est obligé d'utiliser les deux pieds. De cette façon il nous a toujours été

possible de recueillir même chez le plus petit bébé 1 cc de sang, et toujours sans le moindre inconvénient pour l'enfant, si l'on a soin de prendre toutes les précautions d'asepsie en usage en pareil cas.

Le sérum doit être employé pur et limpide. En général le caillot en se rétractant met spontanément en liberté le sérum parfaitement clair; mais quand la rétraction se fait mal, on est obligé, pour avoir un sérum utilisable, d'employer la centrifugation après avoir dissocié ou broyé légèrement le caillot.

III. Manuel opératoire

a. — La culture préalablement bien agitée est répartie successivement dans des tubes de verre : ces tubes sont petits (7 m/m de diamètre environ), pour augmenter la hauteur de la colonne liquide, et placés verticalement sur des porte-tubes pour faciliter l'examen.

b. — Pour chaque sérum nous avons fait quatre mélanges de sérum et de culture dans quatre petits tubes, aux titres suivants : 1 pour 3, 1 pour 5, 1 pour 10, 1 pour 15 ; c'est-à-dire pour avoir une colonne de liquide toujours assez haute : 3 gouttes de sérum pour 9 gouttes de culture, 2 gouttes de sérum pour 10 gouttes de culture, 1 goutte de sérum pour 10 de culture, et 1 goutte de sérum pour 15 de culture. Parfois même, chez les nouveaux-nés, les enfants normaux, ou dans certains cas de méningite ou de granulie où nous prévoyions que l'agglutination devait être très faible, nous avons fait d'abord une dilution à 1 pour 1 (10 gouttes de sérum pour 10 gouttes de culture).

Pour faire la répartition goutte par goutte, nous avons employé uniquement la *pipette de Pasteur* stérilisée. Dans chaque séance une même pipette servait à la fois pour la culture et les divers sérums, en ayant soin de la laver et de la flamber entre chaque opération, et surtout après chaque sérum.

c. — Une fois la répartition faite chaque tube était *agité fortement*, pour assurer le mélange du sérum à la culture, puis *abandonné au repos* à la température de la chambre.

d. — Nous n'avons jamais négligé à chaque séance de séro-diagnostic de faire une agglutination aux mêmes titres avec le sérum-étalon, et de laisser un tube témoin (culture sans sérum) pour nous assurer que notre culture ne s'agglutinait pas spontanément.

IV. Appréciation de l'agglutination

a. *Le facteur temps et le facteur dose.*

Dans l'appréciation d'une agglutination il faut tenir compte à la fois du *taux* de l'agglutination et du *temps* qu'elle met à se produire. Or, notre sérum-étalon donnant une agglutination complète à 1 pour 10, incomplète à 1 pour 15 au bout de six heures, nous notions nos agglutinations au bout de six heures, *ne les considérant comme valables que dans les limites de ce temps* : par conséquent, quand nous disons qu'un sérum agglutine à 1 pour 10, 1 pour 15, etc., c'est toujours *en six heures* que nous l'entendons. Nous avons pris de plus l'habitude de les regarder au bout de trois ou quatre

heures pour nous rendre compte de la rapidité avec laquelle se faisait la réaction, et aussi après vingt-quatre heures, à simple titre d'indication, pour noter les modifications qui auraient pu se produire au bout de ce temps.

En pratiquant ainsi, nous avons pu constater d'une façon très générale que, dans les conditions où nous nous plaçons on obtenait avec les sérums d'enfants tuberculeux *des agglutinations variant autour de 1 pour 3, 1 pour 5, atteignant quelquefois 1 pour 10, exceptionnellement 1 pour 15.*

b. Quelques particularités de l'agglutination chez l'enfant.

D'autre part, nous avons remarqué que l'agglutination se produisait d'une façon en général *assez rapide* : presque toujours au bout de trois ou quatre heures on pouvait prévoir ce que serait l'agglutination. Elle nous a paru en outre *plus fixe* que chez l'adulte, en ce sens qu'une réaction complètement négative à un certain taux au bout de quatre heures, ne devenait pas positive à ce même taux au bout de six, douze, ni même de vingt-quatre heures ; c'est ainsi, pour prendre un exemple, que si un sérum donnait au bout de quatre heures : $+$ à 1 p. 3, $\pm$ à 1 p. 5, $-$ à 1 p. 10, l'agglutination pouvait se parfaire en six heures et donner : $+$ à 1 p. 3, $+$ à 1 p. 5, mais restait négative à 1 p. 10, même au bout de vingt-quatre heures. C'est là une règle que nous avons trouvée à peu près constante ; assez souvent même nous avons eu en quatre heures des agglutinations de la forme : $++$ à 1 p. 3, $-$ à

1 p. 5 et 1 p. 10, et qui restaient absolument semblables, sans même donner $\pm$ à 1 p. 5 au bout de vingt-quatre heures.

Nous devons signaler toutefois que nous avons obtenu dans quelques cas, presque toujours de tuberculoses chirurgicales, *des agglutinations retardées* : le sérum d'enfants atteints d'affections osseuses ou ostéo-articulaires par exemple, manifestement tuberculeuses, donnait des résultats négatifs ou à peu près en quatre ou six heures, alors que vingt-quatre heures après nous trouvions une agglutination positive souvent à un taux assez élevé : 1 p. 10 et même quelquefois 1 p. 15. Ce que nous venons de dire de la fixité de l'agglutination chez l'enfant, montre que l'on doit tenir compte, au moins à titre d'indication sérieuse, de ces agglutinations retardées.

c. L'agglutination doit être macroscopique.

Nous n'avons considéré comme positives *que les agglutinations nettes à l'œil nu*, négligeant complètement même comme simple indication une agglutination insuffisante pour se manifester macroscopiquement. Nous sommes persuadé que si de Nobele et Beyer ⁽⁴³⁾ dans leur très remarquable travail, sont arrivés à des résultats différents de ceux de S. Arloing et P. Courmont, c'est en partie pour avoir adopté un mode d'appréciation différent (microscopique). « Puisqu'il s'agit, — comme ils le disent eux-mêmes, — d'une réaction quantitative plutôt que qualitative », il est bien évident que les résultats ne pourront être comparés qu'à la condition d'être appréciés de la même façon.

Quand une agglutination se produit, on voit d'abord se former au sein de la colonne liquide de petits grains blanchâtres, de petits flocons rappelant tout à fait les flocons de neige. Ces flocons deviennent de plus en plus gros, cependant qu'entraînés par leur poids ils tendent à tomber au fond du tube. Quand tous les flocons sont ainsi ramassés au fond du tube en un dépôt plus ou moins considérable, et que la colonne liquide au-dessus de ce dépôt est parfaitement limpide, parfaitement clarifiée, l'agglutination est complète.

d. Système de notation.

Nous désignerons par le signe $+$ une agglutination complète avec clarification du liquide ainsi progressivement obtenue :

$+$ *aggl. complète ou positive*

Dans certains cas cette agglutination complète se produit très rapidement en brûlant en quelque sorte les étapes : une semblable agglutination est dite très positive ($++$) :

$++$ *aggl. très positive*

Quand l'agglutination en reste au stade de petits flocons, ou qu'il finit par se produire un dépôt dans le fond, mais avec persistance d'un trouble plus ou moins accusé au-dessus du dépôt, l'agglutination est dite ébauchée ou incomplète ($\pm$) :

$\pm$ *aggl. incomplète.*

Dans quelques cas, fort rares, il est même difficile

de préciser s'il y a ou non ébauche d'agglutination : ce sont les réactions douteuses (?) :

? *aggl. douteuse.*

Enfin, quand le liquide reste parfaitement trouble, comme dans le tube témoin, sans flocons ni dépôt, la réaction est dite négative (—) :

— *aggl. négative.*

CHAPITRE III

La Séro-réaction tuberculeuse chez le nouveau-né et chez l'enfant normal

L'étude de la séro-réaction tuberculeuse chez le nouveau-né et chez l'enfant normal est une préface obligatoire à l'étude de cette séro-réaction chez l'enfant tuberculeux. Il est bien certain que si le sérum de l'enfant à sa naissance ou en dehors de toute maladie, possédait déjà un certain pouvoir agglutinant, la valeur du séro-diagnostic chez l'enfant en serait d'autant diminuée. Tout au moins ce pouvoir agglutinant normal devrait-il être minutieusement étudié dans son intensité et ses variations, pour pouvoir déterminer les conditions qu'aurait à réaliser l'agglutination chez l'enfant tuberculeux, pour être valable.

Nous étudierons successivement au point de vue de la séro-réaction tuberculeuse :

- 1^o Le nouveau-né normal (de souche non tuberculeuse;
- 2^o Le nouveau-né issu de souche tuberculeuse;
- 3^o L'enfant normal à ses différents âges.

I. LA SÉRO-RÉACTION TUBERCULEUSE CHEZ LE NOUVEAU-NÉ NORMAL (DE SOUCHE NON TUBERCULEUSE).

Nous avons déjà dit que S. Arloing ⁽⁴²⁾, de Nobele et Beyer ⁽⁴³⁾ avaient montré que le sérum des jeunes animaux (veaux, chevreaux, agneaux, petits chiens), qui sont généralement indemnes de tuberculose, n'agglutine pas le bacille tuberculeux. En est-il de même du nouveau-né ?

Romberg a examiné à ce point de vue trente-neuf nouveaux-nés (six dans son premier mémoire ⁽³⁸⁾, trente-trois dans son second ⁽³⁹⁾), chez lesquels il prélevait le sang au niveau du cordon ombilical (bout placentaire). Il n'obtint « pas le plus petit effet agglutinant même au titre 1 pour 1 ».

De Nobele et Beyer, sur dix-neuf sujets nés à la Maternité, âgés de deux à treize jours, et dont ils recueillaient le sang au niveau du gros orteil, ont toujours obtenu une réaction négative à 1 pour 5.

Nous avons à notre tour essayé la séro-réaction sur vingt enfants nés de parents non tuberculeux, à la Maternité de la Charité. Le sang était recueilli d'après le procédé de Romberg, au niveau du cordon ombilical ce qui permettait d'en obtenir facilement une assez forte quantité. La réaction était essayée aux titres de 1 p. 1, 1 p. 2, 1 p. 3 et 1 p. 5 (10 gouttes de sérum pour 10 gouttes de culture, 5 gouttes de sérum pour 10 de culture, 3 gouttes de sérum pour 9 de culture et 2 gouttes de sérum pour 10 de culture).

Nous avons toujours fait parallèlement la séro-réaction de la mère, après l'avoir examinée très soigneusement au point de vue de la tuberculose ; le sang de la mère était recueilli de la façon ordinaire, au bout du doigt ; les dilutions étaient faites à 1 pour 3, 1 p. 5, 1 p. 10 et 1 p. 15.

Nous donnons dans le tableau I les résultats détaillés de ces réactions.

Nous voyons donc que dans tous les cas, *le sérum de l'enfant nouveau-né s'est montré inactif même à 1 pour 1, et au bout de vingt-quatre heures !* Le résultat est donc absolument négatif.

Quant à la réaction faite avec le sérum des mères, toutes normales, ou du moins indemnes cliniquement de tuberculose, elle s'est montrée, comme il est ordinaire, tantôt absolument négative, plus souvent légèrement positive à 1 p. 3 ou même 1 p. 5, résultat dont nous savons qu'il n'y a pas lieu de tenir compte chez l'adulte.

Ce résultat négatif prouve-t-il que le nouveau-né n'est pas tuberculeux ? « On pourrait l'affirmer avec certitude, — disent de Nobelet et Beyer, — si la séro-réaction était également négative chez les adultes non tuberculeux ; mais il en est tout autrement ».

Nous avouons ne pas saisir très bien la valeur de ce raisonnement. Le fait que le sérum des nouveaux-nés n'agglutine pas le bacille tuberculeux, ne prouve évidemment pas en lui-même, comme nous le verrons plus loin que ces nouveaux-nés soient exempts de tuberculose. Néanmoins, ce fait concorde merveilleusement avec les résultats des statistiques qui montrent

TABLEAU I
Nouveaux-nés de souche non tuberculeuse

NOUVEAUX-NÉS										MÈRES non tuberculeuses														
NUMÉROS ET OBSERVATIONS		POIDS		AGGLUTINATION						NUMÉROS ET OBSERVATIONS	AGGLUTINATION													
		de l'enfant	du placenta	6 heures			24 heures				6 heures			24 heures										
				4 p.4	4 p.2	4 p.3	4 p.5	4 p.4	4 p.2	4 p.3	4 p.5	4 p.3	4 p.5	4 p.4	4 p.2	4 p.3	4 p.5	4 p.3	4 p.5	4 p.4	4 p.2	4 p.3	4 p.5	
1. Bouch. normal		3600	550	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2. St-B. normal		3100	540	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3. Chab. normal		2430	540	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4. Per. normal		2950	490	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5. Car. prématuré		2440	390	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6. Ric. fœtus de 5 mois 1/2		700	250	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7. Dim. normal		3600	650	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8. Dec. normal		3410	540	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9. Gil. normal		3240	500	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10. X. normal		3340	600	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11. M.-B. normal		2700	550	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12. Pe. normal		3250	600	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13. M. G. normal		2840	530	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14. J. O. normal		4170	750	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15. Ol. normal		3470	720	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16. Fal. normal		3170	560	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17. Sc. normal		3250	550	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
18. St. prématuré		2100	320	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19. Bo. normal		3020	440	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20. Me. normal		2710	520	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Tousse un peu. Pas de S. de tuberculose

20. Normale

que la tuberculose est exceptionnelle au-dessous de trois mois (1). On trouve tout au plus une douzaine de cas de tuberculose congénitale, et tous chez des fœtus issus de mères atteintes de granulie ou de tuberculose pulmonaire très avancée.

D'ailleurs, cette discussion est au fond très secondaire dans la question qui nous occupe. Le seul point que nous ayons à retenir est que *le nouveau-né normal n'agglutine pas le bacille tuberculeux*.

II. LA SÉRO-RÉACTION TUBERCULEUSE CHEZ LE NOUVEAU-NÉ ISSU DE SOUCHE TUBERCULEUSE

En est-il de même chez le nouveau-né issu de souche tuberculeuse ?

Cette question a surtout un intérêt théorique, et n'a pas une bien grande importance dans la pratique du séro-diagnostic. Nous y insistons un peu cependant parce qu'elle n'a encore fait, à notre connaissance, l'objet d'aucun travail.

Nous n'avons pu étudier à ce point de vue que quatre nouveaux-nés, en nous plaçant dans les mêmes conditions d'expériences que précédemment. Les résultats en sont consignés dans le tableau II.

(1) Voici par exemple la statistique de HOPES portant sur 424 cas :

Morts-nés	0,0 ‰ de tuberculeux.
De 0 à 4 semaines	0,0 ‰ »
De 5 à 10 »	0,9 ‰ »
De 3 à 5 mois	8,6 ‰ »

Les statistiques de NÆGELI, de COMBY, donnent aussi 0 ‰ de tuberculose chez les enfants au-dessous de trois mois. HUTINEL, KUSS, arrivent aux mêmes conclusions.

TABLEAU II

Nouveaux-nés de souche tuberculeuse

NOUVEAUX-NÉS										MÈRES											
NUMÉROS ET OBSERVATIONS		POIDS		AGGLUTINATION								NUMÉROS ET OBSERVATIONS		AGGLUTINATION							
		de l'enfant	du placenta	6 heures				24 heures						6 heures				24 heures			
		4 p. 1	4 p. 2	4 p. 3	4 p. 4	4 p. 5	4 p. 1	4 p. 2	4 p. 3	4 p. 4	4 p. 5	4 p. 1	4 p. 2	4 p. 3	4 p. 4	4 p. 5	4 p. 1	4 p. 2	4 p. 3	4 p. 4	4 p. 5
1. Aud. normal	3020	600	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+	+	+	+	+	+	+	+	+	±
2. Mia. normal	2980	600	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+	+	+	+	+	±	+	+	+	±
3. Rav. normal	3150	620	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
4. Rat. foetus de 6 mois	390	230	—	—	—	—	—	—	—	—	—	±	±	±	±	±	—	—	—	—	—

Ainsi, chez ces quatre fœtus issus de parents tuberculeux et dont le sérum de la mère était, au moins dans trois cas, doué d'un pouvoir agglutinant assez élevé, *la réaction a été absolument négative*, aussi négative que chez les nouveaux-nés normaux du groupe précédent.

Quelles conclusions en pouvons-nous tirer ?

1^o D'accord au point de vue du *passage de l'agglutinine de la mère au fœtus*, ces faits confirment l'efficacité de la barrière placentaire vis-à-vis des toxines et antitoxines maternelles. On sait que dans la fièvre typhoïde, où cette question de transmission de la mère au fœtus a pu être mieux étudiée, cette efficacité de la barrière placentaire est la règle : il n'existe qu'une dizaine d'observations (1) où l'on ait constaté le passage de l'agglutinine de la mère au fœtus à travers le placenta ; et dans ces cas le passage semble être lié (Mossé et Frenkel) (2) à deux facteurs : d'une part l'intensité de l'infection chez la mère, et de l'autre, la durée pendant laquelle les substances toxiques sont restées en contact avec le placenta.

Dans la tuberculose, le second de ces facteurs se trouve toujours réalisé : chez une femme tuberculeuse qui devient enceinte les substances toxiques tuberculeuses en circulation dans le sang se trouvent évidemment dès le début en contact avec le placenta ; il est

(1) Voir à ce propos le récent article de ROUSLACROIX : Du passage de l'agglutinine de la mère au fœtus pendant la fièvre typhoïde, *Presse Médicale* 1902, n^o 27, p. 315.

(2) MOSSÉ et FRENKEL. *Bull. Soc. Méd. hôp. de Paris*, 1899, p. 49.

vrai que leur virulence est en général considérablement plus faible que celle des toxines éberthiennes; et c'est peut-être ce qui explique qu'elles puissent être retenues longtemps au niveau de ce filtre sans le traverser (observations 1, 2 et 3). Quant à l'intensité de l'infection, on sait que dans les tuberculoses très infectieuses, formes granuliques ou pneumoniques par exemple, le pouvoir agglutinant du sérum est nul ou à peu près; si bien que, même la transmission des substances toxiques se faisait dans ces cas de la mère au fœtus, le sérum de ce dernier fournirait toujours une séro-réaction négative; c'est peut-être en somme ce qui se produit dans les cas où l'infection tuberculeuse provoque l'avortement ou l'accouchement prématuré : dans notre observation 4, le pouvoir agglutinant du sérum de la mère était évidemment extrêmement faible.

Il serait intéressant de rechercher la séro-réaction dans des cas analogues à ceux extrêmement rares où l'on a pu vérifier la *tuberculose congénitale*, soit par des lésions tuberculeuses du fœtus (cas de Charrin, Berti, Merkel, Jacobi, Sabouraud, Baumgarten et Roloff, Lehmann, Schmorl et Kockel), soit par l'inoculation au cobaye de fragments d'organes de fœtus en apparence sains (Landouzy et H. Martin, Schmal et Birsch-Hirschfeld), ou même simplement du sang de la veine ombilicale (Bar et Rénon). Comme il s'agit là en général de formes graves, très infectieuses, il est probable que dans ces cas encore la séro-réaction serait négative.

La question peut donc, semble-t-il, se résoudre de la façon suivante : ou bien la tuberculose de la mère est

bénigne, et alors l'agglutinine reste arrêtée par le placenta; ou bien la tuberculose de la mère est grave, et alors l'agglutinine n'existant pas ou à peu près pas dans le sang maternel ne peut passer dans celui du fœtus. Notre expérience est trop faible, on le conçoit, pour que nous voulions affirmer que jamais le sérum d'un fœtus issu de souche tuberculeuse ne pourra posséder un certain pouvoir agglutinant (1); mais les considérations qui précèdent font prévoir que cette éventualité ne pourra se réaliser que d'une façon très exceptionnelle.

2^o Le fait que leur sérum n'agglutine pas, prouve-t-il que ces nouveaux-nés ne soient pas tuberculeux? Evidemment non, puisque nous venons de le voir, les quelques cas où le fœtus est né tuberculeux appartiennent à ces formes graves où la séro-réaction doit être négative. Mais le nombre de ces cas est extrêmement restreint; et si l'on se reporte aux statistiques que nous avons signalées à propos du nouveau-né normal, nous pouvons appliquer ici le même raisonnement. L'enfant issu de souche tuberculeuse, ne naît pas tuberculeux (sauf les quelques rares exceptions signalées); et là encore la séro-agglutination se montre en concordance avec les résultats cliniques.

D'ailleurs, sur nos quatre observations, les trois premières se rapportent à des enfants pesant respectivement 3020 gr., 2980 gr., 3150 gr., nés robustes et vigoureux. Leurs mères n'avaient que des lésions minimes,

(1) S. ARLOING (commun. orale) a observé une fois un veau, né d'une vache tuberculeuse, dont le pouvoir agglutinant était aussi élevé que celui de la mère.

très localisées à un sommet, sans fièvre, avec conservation d'un bon état général. Ces enfants n'étaient certainement pas tuberculeux. Quant au quatrième, la mère avait une tuberculose plus avancée, fébrile, avec ramollissement des deux sommets ; la grossesse n'a pu arriver à son terme et s'est terminée par un avortement à cinq mois et demi. Nous regrettons de n'avoir pu faire l'autopsie du fœtus, qui eût peut-être révélé des faits intéressants.

En somme, ce qu'il nous faut retenir au point de vue pratique de cette étude, c'est que *le sérum des nouveaux-nés, normaux ou issus de parents tuberculeux, n'a pas agglutiné le bacille de la tuberculose.*

III. LA SÉRO-RÉACTION TUBERCULEUSE

CHEZ L'ENFANT NORMAL A SES DIFFÉRENTS AGES

Ces enfants proviennent soit des « Enfants Assistés », soit d'enfants entrés à l'hôpital pour quelques jours, avec des affections insignifiantes (entorses, accidents légers, etc.). Pour être sûr de n'avoir que des enfants normaux, nous avons opéré parmi eux une très sévère sélection : nous n'avons choisi que de beaux enfants, bien en chair, aux joues fraîches, d'aspect robuste, vigoureux ; non seulement ils ne présentaient aucun symptôme de tuberculose ni aucun signe d'une affection viscérale quelconque ; mais encore nous avons éliminé tous ceux chez qui un facies adénoïdien, de petites adénopathies comme il en existe si souvent chez les enfants, des lésions cutanées impétigineuses, etc., auraient pu faire naître le moindre doute.

Nous avons pu réunir ainsi vingt enfants de deux à quinze ans. Le pouvoir agglutinant de leur sérum a été recherché aux taux de 1 p. 1, 1 p. 3, 1 p. 5, et 1 p. 10. Les résultats en sont groupés dans le tableau III, où les enfants sont échelonnés suivant leur âge, en commençant par le plus jeune.

TABLEAU III
Enfants normaux

NUMÉROS D'ORDRE	SEXE	AGE	AGGLUTINATION							
			6 heures				24 heures			
			1 p. 1	1 p. 3	1 p. 5	1 p. 10	1 p. 1	1 p. 3	1 p. 5	1 p. 10
1. Charles	m.	2 a. 1/2	—	—	—	—	—	—	—	—
2. Ging. Henri	m.	3	—	—	—	—	—	—	—	—
3. Jem. Pierre	m.	3 1/2	—	—	—	—	?	—	—	—
4. Jacques	m.	3 1/2	—	—	—	—	—	—	—	—
5. For.	f.	4	—	—	—	—	—	—	—	—
6. Claude	m.	4	—	—	—	—	—	—	—	—
7. Mathieu	m.	4	—	—	—	—	—	—	—	—
8. Exv. Pauline	f.	5	—	—	—	—	?	—	—	—
9. Berthe	f.	7	—	—	—	—	—	—	—	—
10. Herch.	f.	8	—	—	—	—	?	?	—	—
11. Bonn.	m.	8 1/2	—	—	—	—	—	—	—	—
12. Lac.	f.	9	—	—	—	—	±	—	—	—
13. Fourn.	m.	10	—	—	—	—	—	—	—	—
14. Chap.	m.	12	—	—	—	—	±	—	—	—
15. Benoit	m.	12	?	—	—	—	±	?	—	—
16. Jeans.	m.	12	±	—	—	—	±	±	?	—
17. Jen.	m.	13	±	—	—	—	±	—	—	—
18. Gran.	f.	14	±	?	—	—	±	±	?	—
19. Dech.	f.	14	?	—	—	—	±	?	—	—
20. Veu.	f.	14 1/2	±	—	—	—	±	±	—	—

L'examen de ce tableau est des plus instructifs : à première vue, il nous montre qu'il faut diviser les enfants en deux catégories :

1^o *Les grands enfants*, au-dessus de huit ou dix ans, dont le sérum possède souvent un très léger pouvoir agglutinant (± 1 p. 1, ± 1 p. 3) qui va augmentant à mesure que l'enfant avance en âge ;

2^o *Les petits enfants*, au-dessous de huit ou dix ans, dont le sérum ne possède pas la moindre propriété agglutinante, même à 1 p. 1, et au bout de vingt-quatre heures.

De ces faits il est aisé de tirer les conclusions suivantes :

1^o A un point de vue théorique concernant le phénomène de l'agglutination en général : le sérum d'un individu normal acquiert, à mesure qu'il avance en âge, un pouvoir agglutinant de plus en plus net, mais toujours très limité, vis-à-vis du bacille tuberculeux (il en est probablement de même pour les autres microbes). Nul chez le nouveau-né et chez le jeune enfant, ce pouvoir agglutinant commence à se manifester vers la huitième ou dixième année, pour devenir de plus en plus net, jusque chez l'homme adulte où il peut peut-être atteindre 1 pour 5. Il n'est pas illogique de supposer que ce léger degré de pouvoir agglutinant, acquis par le sérum des individus normaux, traduit la réaction de ce sérum vis-à-vis de l'infection tuberculeuse qui nous entoure de toute part, et à laquelle l'homme, dans les conditions sociales actuelles, est en général d'autant plus exposé qu'il sort de plus en plus de l'enfance pour arriver à l'âge adulte ;

2^o Au point de vue de la pratique du séro-diagnostic tuberculeux chez l'enfant, il ressort tout naturellement que :

a). *Chez les grands enfants, on devra se méfier, tout comme chez l'adulte, d'une agglutination simplement ébauchée, et toujours avoir présente à l'esprit, dans l'interprétation des résultats, la notion du pouvoir agglutinant normal que peut avoir acquis leur sérum. Toutefois, il faut bien remarquer que ce pouvoir agglutinant n'a jamais dépassé 1 pour 3, et que jamais même à cette dilution l'agglutination n'a été complète : de telle sorte qu'une séro-réaction franchement positive (+ ou ++)* à 1 pour 3 *garde, même chez le grand enfant, toute sa signification.*

b). *Chez les petits enfants au contraire, il n'y aura pas lieu d'avoir une semblable crainte : le sérum de ces enfants ne possédant à l'état normal aucun pouvoir agglutinant, on devra tenir compte de la moindre ébauche d'agglutination, au moins à titre d'indication sérieuse.*

Pour les mêmes raisons, *il sera permis de se servir pour le séro-diagnostic des jeunes enfants de cultures un peu tendres, qui auront parfois l'avantage de rendre un peu plus nettes les réactions douteuses si fréquentes dans le tout jeune âge.*

DEUXIÈME PARTIE

LA SÉRO-RÉACTION TUBERCULEUSE

Chez l'enfant atteint de tuberculose médicale

Les manifestations médicales de la tuberculose chez l'enfant sont des plus variées. Elles peuvent se grouper sous quatre chefs principaux :

1^o LA TUBERCULOSE PULMONAIRE, doit être mise au premier rang par ordre de fréquence, encore qu'elle se rencontre dans une proportion beaucoup plus faible que chez l'adulte. Elle affecte deux formes principales :

a. *La forme chronique ulcéreuse*, forme des grands enfants, qui ne se voit guère qu'au-dessus de cinq ou six ans, et se rapproche de plus en plus de celle de l'adulte, à mesure que l'enfant avance en âge.

b. *La forme aiguë*, rare dans le type *pneumonique*, assez fréquente dans le type *broncho-pneumonique*, constitue au contraire la forme des jeunes enfants, commune au-dessous de cinq ou six ans.

2^o De cette dernière se rapproche par son évolution rapide la tuberculose aiguë à FORME GRANULIQUE, qui elle est de tous les âges de l'enfance, soit dans sa *forme généralisée* avec prédominance ou non des *localisations pulmonaires*, soit dans sa *forme méningitique*, la méningite tuberculeuse de l'enfant devant être considérée avec le Professeur Weill, exclusivement comme une manifestation de l'infection granulique à localisation dominante sur la membrane arachnoïdo-pié-mérienne.

3^o LA TUBERCULOSE DES SÉREUSES (péritoine, plèvre, péricarde) constitue également une des manifestations les plus fréquentes de la tuberculose dans la seconde moitié de l'enfance.

4^e Enfin, à côté de ces formes bien déterminées, il nous faut ajouter chez l'enfant tout un groupe de manifestations en quelque sorte *ATYPIQUES* de la tuberculose, affectant une symptomatologie vague et incertaine : anémies suspectes ; troubles généraux relevant de cette « tuberculose chronique diffuse apyrétique » de Marfan, et qui revêt si souvent dans la première enfance les traits de l'athrepsie ou de l'atrophie ; adénopathies des ganglions trachéo-bronchiques ou mésentériques, aux signes cliniques si souvent trompeurs ; troubles nerveux épileptiformes ou viscéraux, etc., toutes formes en face desquelles le clinicien ne sait sur quels signes précis étayer son diagnostic.

Ce sont ces différentes formes que nous allons étudier séparément au point de vue de la séro-réaction tuberculeuse.

CHAPITRE PREMIER

TUBERCULOSE PULMONAIRE

I. Tuberculose pulmonaire chronique ulcéreuse ou forme commune

C'est la forme des grands enfants. Très rare au-dessous de cinq ou six ans, elle est surtout fréquente après dix ans, et à mesure que l'enfant avance en âge, elle se rapproche de plus en plus, à tous les points de vue, de celle de l'adulte. Toutefois, elle a toujours chez l'enfant une tendance plus marquée à la caséification et semble évoluer en général avec un peu plus de rapidité, surtout si l'enfant est jeune. Il est vrai que souvent les lésions même ulcéreuses sont très bien supportées et nullement incompatibles pendant un assez long temps avec un état général relativement satisfaisant, et une apyrexie à peu près complète. Quoique ayant moins que chez l'adulte la tendance fibreuse, la tuberculose chez l'enfant aboutit assez souvent à la guérison à sa période de début, rarement au contraire lorsqu'il existe des lésions ulcéreuses.

Nous plaçant uniquement au point de vue de la séro-réaction tuberculeuse, nous envisageons successivement :

A. Les tuberculoses évidentes, correspondant aux périodes de ramollissement ou d'excavation, et dans lesquelles le diagnostic clinique s'impose.

B. Les tuberculoses au début, dont le diagnostic clinique comporte toujours au contraire quelque difficulté.

A. TUBERCULOSES ÉVIDENTES.

Elles se traduisent par des signes de ramollissement, d'infiltration ou d'excavation, accompagnés des symptômes rationnels et généraux de la tuberculose pulmonaire. Le diagnostic clinique s'impose, presque toujours facile à confirmer, s'il est besoin, par la bacilloscopie des crachats, que l'on peut en général se procurer tout aussi aisément chez les grands enfants que chez les adultes. La séro-réaction tuberculeuse n'a donc pas chez ces malades un intérêt diagnostique bien considérable. Mais c'est surtout dans ces cas chroniques et faciles à suivre que nous avons pu l'étudier, non comme une simple réaction diagnostique, mais à la façon d'un véritable symptôme clinique.

Nous présentons dans le tableau IV l'ensemble des résultats de nos examens portant sur douze cas de tuberculose pulmonaire chronique (1).

(1) Pour faire prendre une idée d'ensemble plus nette de nos résultats, nous les avons consignés sous la forme de tableaux. De plus, pour ne pas alourdir le texte, et pour en rendre la lecture plus facile, nous avons reporté à la fin, dans un chapitre spécial de pièces justificatives, toutes nos observations détaillées, en leur attribuant les numéros correspondants à ceux qu'elles ont dans les tableaux.

Tuberculoses évidentes

OBSERVATIONS	DATES DU SÉRO-DIAGNOSTIC	AGGLUTINATION					REMARQUES
		1 p. 3	1 p. 5	1 p. 40	1 p. 45		
Obs. 1. — Bouv. Françoise , 14 ans. <i>Diagn.</i> : Tuberculose pulmon. à forme lente ; excavation du sommet gauche, (27 janv. 1900.) — Antécédents tubercul. Tousse depuis 7 ans. Est envoyée à Gien d'où elle revient en juin 1901, très améliorée. A partir de janvier 1902, évolution progressive et assez rapide des lésions aboutissant à la mort le 6 avril 1902.	12 déc. 1901	+	+	+	—		
	12 janv. 1902	+	+	±	—		
	5 mars 1902	+	—	—	—		
	4 avril 1902	—	—	—	—		
Obs. 2. — March. Fanny , 5 ans. <i>Diagn.</i> : Ramolissement du S. Dr. ; lésions de début au S. G. (1 ^{er} août 1901). — Tuberculose développée à la suite de la coqueluche, à évolution régulièrement progressive, aboutissant à la mort le 4 avril 1902.	12 janvier	+	+	±	—		
	5 mars	+	—	—	—		
	2 avril	?	—	—	—		
Obs. 3. — Cas. Pauline , 5 ans et 1/2. <i>Diagn.</i> : Infiltration tuberculeuse du poulmon gauche (janv. 1902). — Affection remontant au début de nov. 1901. Tout d'abord, les signes du côté de la base gauche font hésiter le diagnostic entre tuberculose et pleurésie interlobaire. Mais bientôt apparaissent des sympt. cavitaires nets à un sommet. Le 13 mars, abondante hémoptysie ; à la suite évolution rapide des lésions. Mort le 17 mai 1902.	12 janvier	+	+	+	±	Bacilloscopie des crachats positive, le 27 janvier et le 5 mars. Le séro-diagnostic brusquement négatif du 15 mars a été fait le surlendemain d'une abondante hémoptysie.	
	26 janv.	+	+	±	—		
	5 mars	+	±	—	—		
	15 mars	—	—	—	—		
	4 avril	+	—	—	—		
Obs. 4. — Mol. François , 7 ans. <i>Diagn.</i> : Infiltration tuberculeuse du poulmon G. (janv. 1902). — Evolution progressive des lésions, qui d'abord limitées au poulmon gauche envahissent ensuite le poulmon droit.	19 janvier	+	+	±	—		
	27 avril	+	—	—	—		
	26 juin	±	—	—	—		
Obs. 5. — Grif Marie , 10 ans. <i>Diagn.</i> : Infiltration de tout le poulmon droit avec excavation du sommet ; ramolissement du s. gauche (2 avril 1902). — Fièvre. Mort le 14 juin 1902.	4 avril	+	+	—	—		
	30 mai	+	±	?	—		

TABEAU IV
Tuberculoses évidentes (Suite)

OBSERVATIONS	DATES DU SÉRO-DIAGNOSTIC	AGGLUTINATION					REMARQUES
		1 p. 3	1 p. 5	1 p. 40	1 p. 15		
Obs. 6. — Guil. Anastasie , 14 ans. <i>Diagn.</i> : Ramollissement des deux sommets, plus avancé à gauche (24 janv. 1902). — Fièvre. Evolution rapide. Mort vers le 4 ^{er} mai 1902.	26 janvier 13 février	± ±	± ±	— —	— —		
Obs. 7. — Mon. Prosper , 11 ans. <i>Diagn.</i> : Infiltration tuberculeuse du poumon gauche (fév. 1902). — Anémie. Fièvre. Evolution rapide. Mort vers le 4 ^{er} avril 1902.	19 février 15 mars	± —	— —	— —	— —	Le 19 février, l'agglutination était positive à 1 p. 5 et légèrement à 1 p. 10 au bout de 24 heures (agglutin. retardée). Bacilloscopie des crachats positive.	
Obs. 8. — Dugr. Jeanne , 4 ans. <i>Diagn.</i> : Ramollissement du sommet droit (février 1902). — Fièvre. Evolution rapide.	19 février	—	—	—	—	Bacilloscopie des crachats positives.	
Obs. 9. — Paut. Sébastien , 11 ans. <i>Diagn.</i> : Excavation du sommet gauche ; ramollissement du s. droit (juin 1902). — Grandes oscillations. Evolution rapide.	26 juin	+	—	—	—	Au bout de 24 heures, agglutination incomplète à 1 p. 15 (aggl. retardée).	
Obs. 10. — Dasm. François , 12 ans 1/2. <i>Diagn.</i> : Excavation du poumon gauche (juin 1902). — Grandes oscillations. Aggravation depuis un mois.	26 juin	+	—	—	—		
Obs. 11. — Gros Marthe , 14 ans. <i>Diagn.</i> : Infiltration tub. des deux sommets ; caverne au s. droit (juin 1900). — Excellent état général. Pas d'aggravation.	19 janvier	+	+	—	—	Bacilloscopie des crachats négative à plusieurs reprises en janvier 1902.	
Obs. 12. — Per. Jeanne , 15 ans. <i>Diagn.</i> : Tuberc. pulm. à forme lente ; excavation du sommet gauche ; ramollissement du s. droit (août 1901). — Assez bon état général. Envoyée à Gien, d'où elle revient fin mai 1902, très améliorée. A la suite d'un refroidissement, évolution rapide des lésions, et mort en 1 mois 1/2, le 16 septembre 1902.	12 déc. 1901	++	+	+	+	—	
	12 janv. 1902	++	+	+	+	—	
	5 mars 1902	++	+	+	+	—	
	2 juin 1902	++	+	+	+	+	

Chacune de ces observations mérite d'être étudiée séparément.

L'observation 1 est un cas typique de tuberculose pulmonaire chronique à forme lente. Il s'agit d'une fillette de quatorze ans qui toussait déjà depuis plusieurs années; elle entre pour la première fois en janvier 1900 à la Clinique infantile, où l'on constate des signes nets d'excavation au sommet gauche. Après quelques mois de traitement on l'envoie à l'hôpital maritime de Gien, d'où elle revient dans le milieu de l'année 1901 avec un bon état général, une notable augmentation de poids, mais présentant toujours les mêmes signes cavitaires au S. G. Quelques mois après elle recommence à maigrir et à s'affaiblir; et, à partir de janvier 1902, on assiste à l'évolution progressive de la maladie que rien dès lors ne peut enrayer : du fait des progrès des lésions tuberculeuses la mort survient trois mois après, le 6 avril. Or, si nous jetons un coup d'œil sur le tableau, nous voyons que la séro-réaction, assez fortement positive (+ 1 pour 10) en décembre 1901, va diminuant peu à peu d'intensité au fur et à mesure de l'évolution des lésions : en janvier l'agglutination n'est complète qu'à 1 p. 5; au commencement de mars elle n'existe qu'à 1 p. 3; deux jours avant la mort elle est absolument négative.

De même chez les petites des *observations 2 et 3*. Toutes les deux contractent la tuberculose à la suite de la coqueluche; et chez ces enfants assez jeunes, cette tuberculose affecte une marche assez rapide. Assez fort au début, leur pouvoir agglutinant baisse peu à peu à mesure que progressent les lésions, jusqu'à devenir

nul ou à peu près quelque temps avant la mort. Chez la fillette de l'observation 3, la séro-réaction, qui le 5 mars était très positive à 1 p. 3, incomplète à 1 p. 5, devient du jour au lendemain complètement négative, à la suite d'une abondante hémoptysie à laquelle la petite malade avait failli succomber; quelque temps après, comme une légère amélioration s'était produite l'agglutination redevenait positive à 1 p. 3, puis continuait à baisser lentement à mesure que les lésions s'étendaient.

Le petit garçon de l'observation 4 entre avec de l'infiltration du poumon gauche. A mesure que les lésions s'étendent, gagnent le poumon droit, que la température prend le type hectique, à mesure on voit le pouvoir agglutinant baisser d'une façon absolument parallèle.

De même chez la fillette de l'observation 5, qui présentait des lésions cavitaires des deux sommets, l'agglutination nettement positive à 1 pour 10 le 4 avril, ne l'est plus le 30 mai qu'à 1 p. 3 avec agglutination incomplète à 1 p. 5 et douteuse à 1 p. 10. Ce pouvoir agglutinant est toutefois encore considérable si l'on songe que la petite est morte huit jours après. Il est vrai qu'elle a toujours présenté un pouvoir agglutinant très fort, puisque le 4 avril, alors que les lésions cavitaires bilatérales étaient déjà très nettes, l'agglutination était positive à 1 p. 10.

La petite de l'observation 6 entre le 21 janvier, malade depuis un mois avec des signes de ramollissement du S. G., et quelques craquements au S. Dr., avec un peu de fièvre et un état général encore peu

touché. Le séro-diagnostic fait à l'entrée donne une agglutination très faible, ce qui nous fait présager une forme grave. Et en effet, nous assistons à une évolution très rapide des lésions, dont on peut en quelque sorte suivre les progrès au jour le jour. La mort survient vers le 1^{er} mai, moins de six mois après le début de la maladie.

De même, les quatre observations suivantes dans lesquelles l'agglutination est très faible ou même négative ont trait à des formes graves, avec état général mauvais, température à grandes oscillations et lésions bilatérales, qui évoluent très rapidement. Le petit garçon de l'*observation 7* est mort incidemment de la diphtérie, mais n'aurait pas tardé à succomber à ses lésions tuberculeuses. Chez celui de l'*observation 10* la séro-réaction doit être considérée comme négative, étant donné l'âge du sujet.

Par contre la fillette de l'*observation 11*, dont le pouvoir agglutinant est très élevé, présente depuis plus de trois ans des signes d'infiltration des deux sommets, avec excavation du sommet droit, qui ne semblent pas avoir de tendance à évoluer; l'apyrexie est constante; la petite engraisse tous les jours; l'état général est excellent.

De même la grande fille de l'*observation 12* présentait, comme celle de l'*observation 1*, une tuberculose chronique typique à forme lente. Malgré des signes d'ulcération très nets, son pouvoir agglutinant a toujours été très élevé; il allait même augmentant, et le 1^{er} mars il était: $\begin{smallmatrix} + & + \\ + & + \end{smallmatrix}$ p. 10. La petite part à ce moment pour l'hôpital maritime de Gien d'où elle revient le

31 mai, améliorée, engraisée, avec un bon état général et les mêmes signes physiques; son pouvoir agglutinant avait encore légèrement augmenté (+ + 1 p. 10, ± 1 p. 15): le pronostic semblait favorable. Or, la petite est morte chez elle le 16 septembre. A la suite d'un refroidissement survenu un mois et demi auparavant, la scène avait brusquement changé; les lésions s'étaient mises à évoluer d'une façon aiguë, aboutissant à la mort en un peu plus d'un mois. Il y a tout lieu de croire que si on avait pu faire le séro-diagnostic dans cette dernière période, on l'eût trouvé négatif ou à peu près. En tous cas, avant l'incident qui a provoqué la poussée aiguë mortelle, l'évolution de la tuberculose semblait au moins momentanément arrêtée; et à cet état relativement satisfaisant correspondait un pouvoir agglutinant élevé.

*
* *

En somme, de l'examen de ces observations, il semble que nous puissions tirer les conclusions suivantes :

1^o Dans les cas de tuberculose pulmonaire chronique que nous avons pu suivre jusqu'à la mort, nous avons vu le pouvoir agglutinant baisser au fur et à mesure de l'évolution des lésions, pour arriver à être nul ou à peu près au moment de la mort.

2^o Dans les formes graves, à évolution rapide, le pouvoir agglutinant s'est montré très faible ou nul.

3^o Dans les formes à évolution lente, marquées par des temps d'arrêt, le pouvoir agglutinant s'est montré au contraire élevé.

Certes ces faits ne sont pas nouveaux : déjà S. Arloing et P. Courmont dans leurs premiers travaux sur le séro-diagnostic tuberculeux avaient montré que chez les cavitaires, chez les individus atteints de formes graves, le pouvoir agglutinant était très bas et manquait même souvent. Mongour et Rothamel, et presque tous ceux qui ont essayé la méthode ont confirmé ces conclusions. A notre tour, nous montrons que cette loi est également vraie chez l'enfant et nous ne croyons pas que l'on puisse en donner une confirmation plus nette, plus probante, que celle qui résulte de l'examen de ces quelques cas. Il faudrait un plus grand nombre d'observations pour pouvoir, comme P. Courmont au sujet de la fièvre typhoïde, parler ici de « séro-pronostic » (1). Qu'il nous soit permis toutefois de dire que, dans les cas précédents, nous avons plusieurs fois, sur l'examen du séro-diagnostic, porté des pronostics qui se sont toujours vérifiés.

B. TUBERCULOSES AU DÉBUT.

Chez l'enfant le diagnostic de la tuberculose au début, avant la période de ramollissement, présente toujours des difficultés. En effet, même dans les cas où il existe aux sommets des modifications du murmure et de la tonalité, on sait que ces signes de la période si bien étudiés par Grancher, n'ont pas chez l'enfant la même valeur que chez l'adulte ; de plus ils ne se rencontrent que rarement ; et si l'on note la fréquence des affections

(1) Paul COURMONT. — Séro-pronostic de la fièvre typhoïde. *Thèse de Lyon*, 1897.

broncho-pulmonaires banales chez l'enfant, l'impossibilité dans ces tuberculoses non ouvertes d'avoir recours à la bacilloscopie des crachats, on voit que l'on est surtout obligé de tabler sur des signes de présomption (habitus, polymicroadénie, hypertrophie du foie et de la rate, etc.) On voit donc quelle immense portée diagnostique peut avoir la séro-réaction tuberculeuse, dans cet ordre de cas, qui sont justement de ceux que le médecin et l'hygiéniste ont le plus grand intérêt à dépister.

Les cas où l'on est amené à soupçonner la tuberculose chez l'enfant, sont des plus nombreux. Chez un certain nombre le diagnostic se vérifie; chez d'autres on acquiert la certitude que la tuberculose n'est pas en cause: chez le plus grand nombre peut-être, le diagnostic reste longtemps douteux, des mois et parfois même des années.

Notis examinerons successivement :

1^o Les cas où la tuberculose est *certaine*.

2^o Les cas où la tuberculose est *douteuse*.

3^o Les cas enfin où le diagnostic a pu être hésitant à un moment donné, mais où l'évolution ultérieure est venue montrer que la tuberculose n'était pas en cause.

4^o Chemin faisant, nous aurons, à propos d'un fait, l'occasion de discuter la question des cicatrices pulmonaires tuberculeuses.

1^o *Tuberculoses certaines.*

Dans tous ces cas la preuve de la nature tuberculeuse de l'affection est fournie, — comme il est aisé de s'en rendre compte par la lecture des observations, et

comme nous avons essayé de le résumer dans le tableau V, A, — soit par les antécédents ou par des signes physiques très nets localisés par exemple à un sommet, soit surtout par l'évolution ultérieure.

Ainsi dans tous ces cas, où la tuberculose est certaine, la séro-réaction est positive. Le degré de l'agglutination est très variable; tantôt faible, ne dépassant pas 1 pour 3, mais très net; tantôt atteignant et même dépassant 1 pour 15. Sans qu'il nous soit possible de prétendre qu'une agglutination forte indique une tuberculose bénigne, une agglutination faible, une tuberculose sévère, nous ferons remarquer que chez les deux enfants des observations 18 et 19, qui présentent les plus fortes agglutinations, les lésions sont au minimum et l'état général semble excellent; tandis que au contraire les enfants des observations 15 et 16 par exemple, dont le pouvoir agglutinant est faible, paraissent avoir des formes plus graves. Mais nous ne voulons tirer de ces faits aucune conclusion précise.

2^o *Tuberculoses douteuses.*

Ce groupe comprend les cas dans lesquels la nature tuberculeuse de la maladie, soupçonnée cliniquement n'a pu être établie d'une façon certaine. Nous essayons de mettre en relief dans le tableau V, B, les symptômes qui ont pu faire penser à la tuberculose.

A la simple lecture de ce tableau, nous voyons que sur neuf enfants chez qui la tuberculose a pu être soupçonnée cliniquement, trois seulement donnent une agglutination positive, soit une proportion de 33 %

TABLEAU V. — Tuberculoses au début.

A. — Tuberculoses certaines.

OBSERVATIONS		DATE DU SÉRO-DIAGN.	AGGLUTINATION				
			1 p. 3	1 p. 5	1 p. 10	1 p. 15	
Obs. 13. — Jus. Françoise, 44 ans.	Antécédents tuberculeux. — Craquements discrets au s. droit. — Apyrexie.	19 février	+	+	±	±	
Obs. 14. — Pia. Louise, 14 ans.	Antécédents tuberculeux. — Submatité et expiration très prolongée au s. droit.	11 avril 30 mai	++	—	—	—	
Obs. 15. — Ric. J.-B., 10 ans.	Submatité et respiration granuleuse au s. droit. — Evolution vers le ramollissement.	19 février	++	±	—	—	
Obs. 16. — Deb. Blanche, 6 ans.	Antécédents tuberculeux. Submatité au s. droit. Evolution vers le ramollissement.	11 juin	+	—	—	—	
Obs. 17. — Ar. Corine, 4 ans.	Submatité et sibilances fixes aux deux sommets. Evolution progressive.	6 février	+	±	±	—	
Obs. 18. — Ber. Zoé, 3 ans.	Antécédents tuberculeux. — Signes de bronchite. — Bon état général.	15 mars	++	++	++	++	
Obs. 19. — L. Marius, ? (Ex Hawthorn).	Respiration rude au s. droit. — Evolution : foyer d'induration très nette au s. droit.	17 avril	—	—	—	—	
Obs. 20. — R. Etienne, 15. a. (Ex Hawthorn). (1)	Antécédents tuberculeux. — Rudesse respiration au s. droit. Evolution vers le ramollissement.	2 juin	++	++	++	+	

(1) Ces deux derniers séro-diagnostic ont été faits avec des cultures un peu plus *tendres* que les nôtres ; l'enfant de l'Obs. 19. donnait encore ++ à 1 p. 50.

TABLEAU V. — *B. Tuberculosæ doubtfuls*

OBSERVATIONS	DATE DU SÉRO-DIAGN.	AGGLUTINATION			
		4 p. 3	4 p. 5	4 p. 40	4 p. 45
Obs. 21. — Gau Anna , 9 ans.	Chorée. — Respiration obscure au sommet droit.			—	
Obs. 22. — Jour Andréa , 5 a.	Bronchite suspecte déjà 2 ans. — Faiblesse; anémie.		±	±	(1)
Obs. 23. — Bac. Marie , 4 a. 1/2.	Antécédents tuberculeux; bronchite; quintes coqueluchoïdes.	+	±	±	— (1)
Obs. 24. — Car. Honomie , 13 a.	Signes phys. d'induration du s. gauche. — Bon état général.	±			—
Obs. 25. — Bau Pierre , 2 a.	Anciennes ostéites. — Phénomènes aigus de bronchite.	—	—	—	—
Obs. 26. — Al. Claudine , 14 a.	Antécédents tuberculeux. — Toux et amaigrissement.			—	—
Obs. 27. — Mal. Anne , 12 a.	Congestion du poumon droit (tuberculeuse?)	—	—	—	—
Obs. 28. — B. Jérôme , 8 ans.	Respiration rude au sommet droit.	—	—	—	—
Obs. 29. — Gat. Louis , 4 a. 1/2.	Bronchite à répétition: arrêt de développement.		—	—	—

(1) Agglutination positive à 4 p. 45 au bout de 24 heures, (agglutination retardée).

seulement. Mais ces chiffres bruts n'ont aucune signification : il nous faut examiner ces cas en détail.

Et d'abord les cas positifs. La fillette de l'*observation 21* qui, en avril dernier, présentait de l'obscurité du murmure au sommet droit, donne de ses nouvelles en septembre : elle tousse beaucoup, n'a pas d'appétit et maigrit un peu. La petite de l'*observation 22*, traitée en mai 1900 pour une « bronchite suspecte », revient près de deux ans plus tard : les signes pulmonaires de tuberculose ne sont pas nets, mais elle est faible, et vient pour être envoyée à la campagne. Quant à celle de l'*observation 23*, nous l'avons perdue de vue ; elle ne présentait pendant son séjour à l'hôpital que des signes de bronchite diffuse, sans fièvre, avec un bon état général. Mais sa mère était morte tuberculeuse, et elle-même prenait assez souvent des quintes coqueluchoïdes qui pouvaient faire soupçonner l'adénopathie trachéo-bronchique. En somme, chez ces trois enfants, la tuberculose est des plus vraisemblables.

Considérons maintenant les cas négatifs :

La grande fille de l'*observation 24*, sans antécédents tuberculeux, entre à la Clinique infantile en juillet 1901, malade depuis quinze jours seulement, on lui trouve des signes d'induration du sommet gauche. Dès son entrée à l'hôpital, cette petite qui, chez elle, était mal soignée et même maltraitée, s'améliore rapidement, et engraisse de sept kilos en six mois. Au mois de septembre dernier, elle se portait très bien et faisait très facilement un travail assez pénible de domestique.

Nous avons pu revoir récemment les enfants des *observations 25, 26 et 27* ; tous les trois semblent ac-

tuellement des enfants normaux, qui se développent très bien, ont un embonpoint très satisfaisant et ne se trouvent nullement malades. Ceux des *observations 28 et 29* sont encore à l'hôpital maritime de Gien (octobre 1902) : on nous écrit qu'ils ne toussent plus, ont un bon appétit, prennent du poids et vont très bien.

En somme, chez ces derniers enfants, s'agissait-il réellement de tuberculose ? C'est ce qu'il nous semble aujourd'hui bien difficile d'affirmer.

3^o Affections non tuberculeuses ayant simulé la tuberculose au début.

Nous rangeons dans ce groupe les cas suivants (tableau V, C), dans lesquels les signes pulmonaires ont pu un moment faire penser à une tuberculose au début. L'évolution ultérieure est venue contredire ce diagnostic et prouver que la tuberculose n'était pas en jeu.

Nous ne saurions insister sur ces cas, qui n'ont qu'un intérêt négatif, et où le diagnostic même clinique n'est pas resté longtemps en suspens. On voit que dans tous la séro-réaction tuberculeuse s'est montrée *complètement négative*.

4^o Cicatrices pulmonaires tuberculeuses.

Les cicatrices tuberculeuses du poumon, si fréquentes chez l'adulte, sont rares chez l'enfant dont « le tubercule, quelle que soit la forme des lésions produites, a une tendance plutôt caséeuse que fibreuse » : les formations fibreuses, les scléroses du sommet, les parois denses des cavernes appartiennent à un âge plus avancé.

TABLEAU V. — C. Affections non tuberculeuses ayant simulé la tuberculose au début.

OBSERVATIONS		DATE DU SÉRO-DIAGN.	AGGLUTINATION				ÉVOLUTION
			4 p. 3	4 p. 5	4 p. 10	4 p. 15	
OBS. 30. — B. Antonia, 4 ans.	Aff. cardiaque. — Bronchite ; submatité du s. gauche.	12 déc. 1901	—	—	—	—	Mort; à l'autopsie pas de tubercul.
OBS. 31. — Mag. Marie, 3 ans.	Bronchite post-rubéolique.	5 mars 1902	—	—	—	—	Guérison en un mois.
OBS. 32. — Mo. Juliette, 4 a. 1/2.	Bronchite à la suite de la rou- geole et de la coqueluche.	4 avril	—	—	—	—	Guérison rapide.
OBS. 33. — Sc. Joséphine, 14 a.	Bronchite banale. Point dou- loureux à la base droite.	5 mars	—	—	—	—	Guérison en un mois et demi.
OBS. 34. — Sar. Joseph, 4 a. 1/2.	Bronchite banale.	26 juin	?	—	—	—	Guérison rapide.

Nous avons rencontré une de ces lésions cicatrisées typique à l'autopsie d'une fillette de quatorze ans (*observation 35*), entrée à la Clinique infantile pour une néphrite chronique, et qui succomba au bout de trois mois aux progrès de ses lésions rénales. Le séro-diagnostic tuberculeux s'était montré *absolument négatif*, même à 1 pour 3 et en vingt-quatre heures. Or à l'autopsie on fut surpris de trouver à chaque sommet de petites cicatrices ardoisées tuberculeuses rétractées, complètement guéries (1).

Ces lésions correspondaient vraisemblablement à trois petites bronchites survenues à deux, quatre et six ans, absolument sans gravité, ayant duré peu de temps, et auxquelles on n'avait prêté aucune attention.

Pourquoi dans ce cas la séro-réaction a-t-elle manqué ? On sait que chez nombre d'adultes sains en apparence, une agglutination positive, même souvent à un taux assez élevé, trouve son explication dans des cicatrices tuberculeuses vérifiées par l'autopsie.

C'est que parmi ces cicatrices, il faut faire une distinction. Si tous les individus, en effet, qui ont dans le cours de leur existence présenté quelque lésion tuberculeuse, devaient avoir une séro-réaction positive, tous les adultes au-dessus de quarante ou cinquante ans donneraient cette agglutination, puisque Nœgeli (2) a

(1) WEILL, *Pièces de Médecine infantile*, O. Doin, Paris, 1900, p. 472.

(2) NÖGELI. Sur la fréquence, la localisation et la guérison de la tuberculose, d'après cinq cents autopsies de l'Institut pathologique de Zurich, *Arch. de Virchow*, 1900, vol. CLX, 2^e cahier, page 426. — Voici à titre de curiosité les proportions ‰ des lésions tuberculeuses trouvées par Nœgeli :

montré qu'à partir de cet âge la proportion des lésions tuberculeuses trouvées à l'autopsie était de presque 100 0/0. Mais Nøegeli a établi de plus que parmi ces lésions tuberculeuses latentes, les unes sont *actives*, les autres *inactives*, guéries, pour employer le langage courant; et que le nombre devient de plus en plus considérable des lésions inactives, à mesure qu'on avance en âge.

Or, Romberg (38) s'était déjà posé la question de savoir si « le résultat positif de l'agglutination chez des individus paraissant indemnes de tuberculose ne dé-
cèle pas la présence d'une tuberculose active latente, et si son résultat négatif ne peut pas être causé par une tuberculose latente qui a perdu son activité ». Les résultats fournis par ses recherches « tendent à résoudre ces questions par l'affirmative ». En d'autres termes, un séro-diagnostic positif indiquerait une tuberculose latente active, un séro-diagnostic négatif une tuberculose latente inactive.

Cette discussion explique peut-être pourquoi chez notre petite malade la séro-réaction était négative : il s'agissait sans doute d'une lésion devenue inactive,

Nouveaux-nés et enfants de la 1 ^{re} année	0 0/0
Individus entre 1 et 5 ans	17 0/0
» 5 et 14 ans	33 0/0
» 14 et 18 ans	50 0/0
» 18 et 30 ans	96 0/0
» 30 et 40 ans	97 0/0
» 40 et 50 ans	} presque 100 0/0
» 50 et 60 ans	
» 60 et 70 ans	
» 70 et 80 ans	

comme semblent le prouver d'ailleurs et l'histoire clinique et la vérification anatomique.

Il est fort possible également que parmi les enfants de notre groupe « Tuberculoses douteuses », quelques-uns aient pu présenter autrefois des lésions tuberculeuses qui, aujourd'hui complètement guéries, absolument inactives, ne provoqueraient plus la séro-réaction agglutinante.

*
* *

Pour résumer en quelques mots les résultats de cette étude sur la séro-agglutination tuberculeuse dans la tuberculose pulmonaire au début chez l'enfant, nous dirons en matière de conclusion que :

1^o *Toutes les fois que la tuberculose était certaine, la séro-réaction a été positive.*

2^o *Toutes les fois que la tuberculose a été reconnue absente, la séro-réaction a été négative.*

3^o *Dans les cas où la tuberculose était douteuse, la séro-réaction a été tantôt positive, tantôt négative.*

4^o *Enfin dans un cas de cicatrice pulmonaire tuberculeuse guérie, la séro-réaction a été négative.*

II. — Tuberculose pulmonaire aiguë

Broncho-pneumonie tuberculeuse

Chez les jeunes enfants la tuberculose pulmonaire a presque toujours une allure aiguë ou rapide, d'autant plus que le sujet est plus jeune. Elle affecte soit la *forme pneumonique*, qui est rare, et dont nous n'avons

pu nous procurer un seul exemple net durant notre année d'Internat à la Charité: soit la *forme broncho-pneumonique*, plus fréquente.

Dans les deux cas d'ailleurs le processus est le même. Bien que d'après Grancher et Hutinel, Strauss, le bacille de Koch puisse suffire à provoquer toutes les lésions inflammatoires et nodulaires de la broncho-pneumonie, nous pensons avec notre maître le Professeur Weill que la broncho-pneumonie tuberculeuse primitive doit-être fort rare; elle doit se limiter à quelques cas d'invasion massive du poumon par le bacille tuberculeux, surtout quand les voies lymphatiques oblitérées, les ganglions trachéo-bronchiques déjà lésés ne peuvent plus fournir à ces bacilles leur émonctoire habituel: chez le jeune enfant en effet, le bacille ne se fixe pas en général sur le parenchyme pulmonaire, mais se laisse entraîner par la voie lymphatique largement ouverte, jusqu'aux ganglions. Dans la grande majorité des cas, la broncho-pneumonie tuberculeuse est précédée d'une broncho-pneumonie banale (post-rubéolique, post-grippale, primitive, etc.) et ce sont ces foyers de broncho-pneumonie banale qui fixent, localisent à leur niveau les bacilles tuberculeux: on voit alors ces noyaux de broncho-pneumonie se parsemer de granulations, puis devenir caséux et même si la maladie se prolonge un peu, se ramollir et se vider en donnant naissance à de petites cavernes. La plupart des cas, assez rares d'ailleurs, de cavernes chez les nourrissons, ressortissent ainsi à une broncho-pneumonie tuberculeuse à évolution un peu longue, et non à un processus d'excavation analogue à celui de la tuber-

culose chronique commune du grand enfant ou de l'adulte.

Ces notions nous montrent pourquoi la broncho-pneumonie tuberculeuse ne s'accompagne pas de signes différents de ceux de la broncho-pneumonie ordinaire, et nous expliquent les immenses difficultés que comporte en général son diagnostic. Quelles ressources peut-on espérer dans ces cas de la séro-réaction tuberculeuse ?

Notre expérience porte seulement sur quatre observations que nous avons résumées dans le tableau VI, A.

Il faut reconnaître que dans ces quatre cas et particulièrement dans le dernier, l'agglutination est très faible ; il ne saurait d'ailleurs en être autrement d'après ce que nous savons de l'absence habituelle de la séro-réaction chez l'adulte, dans les cas de tuberculose à marche rapide. Mais ces agglutinations si faibles auxquelles on ne saurait chez l'adulte attribuer aucune valeur, prennent ici, par suite de l'absence absolue de la séro-réaction chez le jeune enfant normal, une signification autrement importante. Qu'il nous suffise de dire que dans les trois premiers cas, la séro-réaction nous a permis d'affirmer la nature tuberculeuse de l'affection, que rien, dans le second, ne pouvait faire prévoir ; au sujet du dernier cas seul, nous n'avons pas osé nous prononcer : or, on voit que nous aurions pu le faire.

D'ailleurs, pour rendre plus évidente la très grande valeur que l'on doit attribuer dans ces cas à une séro-agglutination même très faible, nous avons réuni

TABLEAU VI
A. — Broncho-pneumonies tuberculeuses.

OBSERVATIONS	DATE DU SÉRO-DIAGN.	AGGLUTINATION										ÉVOLUTION ET CONTRÔLE
		6 heures					24 heures					
		1 p. 3	1 p. 5	1 p. 10	1 p. 15	1 p. 3	1 p. 5	1 p. 10	1 p. 15			
Obs. 36. — Mon. Jeanne , 9 mois. Antécédents tuberculeux. — Bronchite persistante. — Diarrhée fréquente. Ulcération (tuberculeuse ?) d'un orteil. — Infection.	19 janvier	—	±	—	—	—	±	—	—	—	—	<i>Mort</i> le 21 janvier. Autopsie : noyaux caséux disséminés avec 5 ou 6 cavernules. Adénop. trachéo-bronchique tub.
Obs. 37. — Char. Germaine , 17 mois. Pas d'antécédents, tousses depuis un mois. — Bon état général ; s. de bronchite. — Un mois plus tard ; fièvre, toux quinteuse. Poumons encombrés de râles de différents calibres. Dyspnée, cyanose.	19 février	—	±	—	—	—	±	—	—	—	—	<i>Mort</i> le 2 mars. Autopsie : Caverne c. une noix près du hile gauche ; 2 ou 3 noyaux caséux. — Nombreux noyaux de bronchopneumonie banale. — Adénop. trachéo-bronch. tub.
Obs. 38. — Ter. Antoinette , 4 ans. Antécédents tuberculeux. — Coqueluche, il y a trois semaines ; entre le 12 mai avec symp. de broncho-pneumonie ; état très grave.	30 mai	±	±	—	—	±	±	—	—	—	—	Emmenée <i>mourante</i> par ses parents, le 2 juin. Crachats fourmillaient de <i>bac. de Koch</i> .
Obs. 39. — Dub. Jacques , 6 ans. Rougeole; puis broncho-pneumonie aiguë d'abord ; à allure subaiguë ensuite.	1 ^{er} septemb.	±	—	—	—	+	±	—	—	—	—	<i>Mort</i> le 12 septembre. Autopsie : bronchopneumonie tuberculeuse et noyaux caséux disséminés. — Adénop. trachéo-bronch. tub.

[illegible]

dans le tableau VI, B un certain nombre de cas de broncho-pneumonie ordinaire non tuberculeuse, survenus pour la plupart chez de très jeunes enfants, à la suite de la rougeole ou de la coqueluche, et dans lesquels nous avons d'une façon systématique essayé la séro-réaction.

Ces douze cas absolument négatifs sont des plus instructifs; et rien ne saurait être plus éloquent à l'appui de notre thèse, que la lecture comparative des deux tableaux VI, A et B.

Nous concluerons donc en disant :

Dans la Broncho-pneumonie tuberculeuse, forme fréquente de la tuberculose pulmonaire dans les premières années de la vie, la séro-réaction est en général très faiblement positive. Mais, même dans ces conditions, elle acquiert du fait de son absence complète dans la broncho-pneumonie non tuberculeuse, une très grande valeur : dans certains cas elle suffira à affirmer le diagnostic; dans les autres, elle devra être retenue à titre de très sérieuse indication.

CHAPITRE II

Tuberculose aiguë à forme granulique

La granulie, traduction de l'infection sanguine par le bacille tuberculeux, se rencontre chez l'enfant dans des proportions autrement considérables que chez l'adulte. Elle est de tous les âges de l'enfance, peut-être toutefois plus fréquente au début de la seconde enfance entre 2 et 8 ans.

C'est par nature une tuberculose généralisée, envahissant simultanément tous les organes, et qui peut alors se montrer sous l'aspect d'une maladie générale, évoluant sans localisation précise ou sans prédominance symptomatique; mais elle affecte le plus souvent une prédilection spéciale pour le poumon, au niveau duquel les granulations sont presque toujours beaucoup plus abondantes: et alors aux signes de l'infection générale viennent se joindre des troubles traduisant l'invasion pulmonaire, au premier rang desquels il faut mettre une dyspnée et une cyanose d'une extrême intensité.

Mais plus souvent encore, à côté de cette forme généralisée à prédominance pulmonaire, l'infection granu-

lique vient se localiser sur la membrane arachnoïdopie-mérienne: comme nous l'avons déjà dit en effet, la méningite tuberculeuse de l'enfant, différente en cela de celle de l'adulte, ne doit pas être considérée comme la tuberculisation d'une séreuse, mais comme une localisation spéciale de l'infection granulique; sa lésion consiste essentiellement en un dépôt de fines granulations le long des petits vaisseaux de la base; et Weill, dans plus de la moitié des cas de méningite tuberculeuse, a pu à l'autopsie retrouver des granulations discrètes dans les différents viscères.

Dans presque tous les cas, on devrait peut-être dire dans tous les cas, la granulie est secondaire, a pour point de départ une lésion tuberculeuse latente (ganglions trachéo-bronchiques caséeux, ancien foyer pulmonaire, tuberculose chirurgicale, etc.) Dans quelques cas cependant, l'affection semble primitive, et l'on ne peut à l'autopsie trouver un foyer tuberculeux responsable de l'infection sanguine.

Chez l'adulte, dans les cas de granulie, la séro-réaction tuberculeuse se montre presque toujours absolument négative. En est-il de même chez l'enfant.

I. Granulie généralisée (à prédominance pulmonaire)

Nous en avons recueilli trois cas (tableau VII). A leur suite nous plaçons deux cas d'infections générales où la granulie fut un moment fortement soupçonnée, et où l'évolution ultérieure montra qu'elle n'était pas en cause.

Aussi dans ces trois cas de granulie la séro-réaction s'est montrée négative (l'ébauche d'agglutination ob-

servée dans les observations 52 et 54 ne nous semblant pas suffisante pour être retenue même comme simple indication). Et rien dans le séro-diagnostic n'autorise à les différencier de faits analogues à ceux d'infection générale et d'endocardite infectieuse que nous signalons à leur suite, et par lesquels le clinicien se trouve si souvent embarrassé.

II. Granulie à localisation méningée : méningite tuberculeuse.

Nous avons pu en rassembler neuf cas (tableau VIII A).

L'examen de ces observations nous montre que huit fois sur neuf il s'est produit une légère agglutination avec le sérum sanguin, atteignant deux fois 1 pour 5, et même trois fois, incomplète il est vrai, 1 pour 10. Le liquide céphalo-rachidien au contraire sauf dans les deux observations 64 et 65 (d'Hawthorn) était doué d'un pouvoir agglutinant insignifiant : ce qui concorde avec les résultats obtenus chez l'adulte par P. Courmont (15). Toutefois cet auteur dit que « dans cinq cas de méningite tuberculeuse vérifiée par l'autopsie, le liquide céphalo-rachidien n'a pas agglutiné même dans la proportion de 1 de sérosité pour 1 de culture » : or, nos résultats n'ont pas été aussi complètement négatifs ; ce qui tient probablement à ce que nous employons des cultures un peu plus tendres que les siennes.

En somme, nous nous trouvons au point de vue du séro-diagnostic dans le même cas que pour la broncho-pneumonie tuberculeuse : l'agglutination est faible, mais suffisante pour mettre sur la voie du diagnostic.

TABLEAU VIII. — A. Méningites tuberculeuses.

OBSERVATIONS	DATE du Séro- diagno.	AGGLUTINATION												CYTO- DIAGNOSTIC	ÉVOLUTION ET CONTRÔLE				
		SÉRUM SANGUIN				LIQ. CÉPHALO-RACHIDIEN													
		6 heures		24 heures		6 heures		24 heures											
		1 p. 3	1 p. 5	1 p. 10	4 p. 15	1 p. 3	1 p. 5	1 p. 10	1 p. 15	1 p. 3	1 p. 5	1 p. 10	1 p. 15						
Obs. 57. Ar. Marie, 5 ans.	Pas d'antécédents tu- berculeux. Méningite tu- berculeuse datant d'un mois.	45 janv.	+	±	—	—	+	+	±	?	»	»	»	»	»	»	»		
Obs. 58. Pl. Louise, 8 ans.	Méningite tuberculeuse à signes classiques.	15 févr.	++	—	—	—	+	+	—	—	»	»	»	»	»	»	»		
Obs. 59. T. Philomène, 7 ans.	Méningite tuberculeuse datant de 15 jours.	1 ^{er} avril	+	+	—	—	+	+	—	—	?	—	±	?	—	—	Lymphocyto-e nette.		
Obs. 60. F. Stéphanie, 18 mois.	Antécédents tubercu- leux. Dépérit depuis 2 mois. Toux depuis 1 mois. Aggravation depuis 45 jours. Convulsions ré- centes.	8 avril	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Lymphocytose ; rares polymucé- aires.		
Obs. 61. Lar. Louise, 13 ans.	Méningite tuberculeuse datant de 15 jours.	25 mai	++	—	—	—	++	±	—	—	1 p. 4	1 p. 2	4 p. 1	1 p. 5	1 p. 1	1 p. 2	1 p. 3	1 p. 5	Lymphocytose.
Obs. 62. Lét. Julie, 7 ans 1/2.	Antécédents tubercu- leux. Méningite tubercu- leuse datant de 3 semaines	26 juin	++	+	—	—	++	+	—	—	±	—	—	—	?	—	—	—	Autopsie : granule gé- néralisée ; méningite tu- berculeuse. Adénop. tr.- bronch. caséuse.
Obs. 63. Mer. Jeanne, 6 ans.	Méningite tuberculeuse datant de près d'un mois.	23 sept.	+	±	±	±	+	+	±	±	1 p. 4	1 p. 2	1 p. 3	1 p. 4	1 p. 1	1 p. 2	1 p. 3	1 p. 4	Autopsie : méningite tu- berculeuse. Adénop. tr.- bronch. caséuse.
Obs. 64. S. Simon, 8 ans. (Ex Hawthorn)	Antécédents tubercu- leux. Méningite tubercu- leuse datant d'une quin- zaine de jours.	17 avril	»	+	±	—	»	+	±	—	»	+	—	—	—	+	—	—	Autopsie : méningite tu- berculeuse. Adénop. tr.- bronch. caséuse.
Obs. 65. G. Marguer., 5 ans. (Ex Hawthorn)	Méningite tuberculeuse datant d'un mois et demi environ ; signes classi- ques.	?	»	+	±	—	»	+	±	—	±	±	—	—	—	±	—	—	Autopsie : méningite tu- berculeuse. Adénop. tr.- bronch. caséuse.

Voici d'ailleurs à titre de comparaison le tableau de cinq cas d'affections méningées, ayant pu en imposer faussement pour la méningite tuberculeuse (tableau VIII, B); la simple lecture de leur résumé clinique suffira à montrer le très grand intérêt diagnostique qui s'y attachait.

Maintenant, pourquoi cette différence dans la séro-réaction entre la granulie méningée et la granulie généralisée ?

Tout d'abord l'examen un peu attentif de nos observations de méningite nous avait montré que dans les huit cas à séro-réaction positive on trouvait des ganglions trachéo-bronchiques caséeux; que le cas à séro-réaction négative était le seul où on ne pût rencontrer ni ganglions, ni lésions tuberculeuses latentes quelconques. Nous en avons tiré la conclusion que dans la méningite tuberculeuse, l'agglutination positive traduit non pas la granulie, mais la lésion tuberculeuse ancienne responsable de cette granulie, qui seule avait pu donner au sang un pouvoir agglutinant, que l'infection sanguine surajoutée n'a pas encore eu le temps de faire disparaître entièrement. En somme, le séro-diagnostic en traduisant une adénopathie trachéo-bronchique caséeuse, prend la même valeur au point de vue du diagnostic de la méningite, qu'une adénopathie cervicale tuberculeuse par exemple.

Mais l'examen de nos trois observations de granulie généralisée nous montra également que dans tous les cas existait une lésion tuberculeuse ancienne : adénopathie trachéo-bronchique et mésentérique dans l'observation 52, lésions pulmonaires anciennes (à forme

TABLEAU VIII. — B. Affections méningées non tuberculeuses.

OBSERVATIONS	DATE du Séro- diagno.	AGGLUTINATION												CYTO- DIAGNOSTIC	ÉVOLUTION ET CONTRÔLE
		SÉRUM SANGUIN				LIQ. CÉPHALO-RACHIDIEN									
		6 heures		24 heures		6 heures				24 heures					
		1 p. 3	4 p. 5	1 p. 10	1 p. 15	1 p. 3	4 p. 5	1 p. 10	1 p. 15	1 p. 3	4 p. 5	1 p. 10	1 p. 15		
OBS. 66. Gr. Constant, 7 ans.	12 déc.	—	—	—	—	1 p. 3	4 p. 5	1 p. 10	1 p. 15	»	»	»	»	»	Mort le 17 décemb. — Autopsie : lymphosarcome du cou propagé à : méninges, reins, pancréas.
OBS. 67. Tra. Louis, 11 mois.	3 mars	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Mort le 5 mars — Autopsie : congestion de l'hémisphère droit. Pas de tuberculose.
OBS. 68. B. Anathalie, 7 ans.	3 mars	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Guérison complète en un mois.
OBS. 69. Mag. Jean, 2 ans 1/2.	27 avril	—	—	—	—	?	—	—	—	—	—	—	—	—	Guérison rapide.
OBS. 70. B. Marius, 5 ans 1/2.	26 juin	—	—	—	—	—	—	—	—	»	»	»	»	»	Guérison.

Adénite cervicale tuberculeuse et méningite tuberculeuse; ou bien : lymphosarcome du cou propagé aux méninges ?

Depuis 8 jours : crises convulsives; subcoma. On s'aperçoit que sa nourriture est atteinte de tuberculose. S'agit-il de méningite tuberculeuse ?

Phénom. méningés aigus datant de 15 jours (céphalée, vomissements, strabisme, rachialgie, Kernig) : méningite cérébro-spinale.

Rougeole : râles diffus dans les deux poumons. Convulsions.

Otite double consécutive à rougeole (?) Tumeur cérébrale ou méningite consécutive à otite ?

Mort le 17 décemb. — Autopsie : lymphosarcome du cou propagé à : méninges, reins, pancréas.

Mort le 5 mars — Autopsie : congestion de l'hémisphère droit. Pas de tuberculose.

Guérison complète en un mois.

Guérison rapide.

Guérison.

broncho-pneumonique, il est vrai) dans l'observation 53, adénopathie trachéo-bronchique et péricardite tuberculeuse dans l'observation 54. Pourquoi dans ces conditions la séro-réaction a-t-elle été négative ? Peut-être faut-il voir dans la granulie généralisée une forme encore plus hypervirulente que dans la méningite, la localisation méningée pouvant peut-être être regardée comme un indice de légère atténuation. Peut-être aussi, par le fait même de la généralisation de l'infection, le pouvoir agglutinant disparaît-il plus rapidement des humeurs. Nous croirions plutôt que cette disparition tiendrait à la durée de la granulie, plus longue (dans nos trois cas au moins) que celle de la méningite. Ce qui pourrait peut-être nous confirmer dans cette opinion est l'étude des agglutinations successives dans l'observation 54 : le 11 avril, agglutination ébauchée à 1 p. 3 au bout de vingt-quatre heures ; le 20 avril, agglutination simplement douteuse au même taux, dans le même temps ; le 13 mai, agglutination absolument négative : à mesure que l'affection devenait plus ancienne, à mesure le pouvoir agglutinant baissait jusqu'à devenir nul. Dans tous les cas cette dernière hypothèse est en contradiction avec la première ; ce qui montre bien que nous ne saurions faire à la question posée une réponse explicite.

*
* *

En résumé, l'étude de la séro-réaction tuberculeuse dans les cas de granulie de l'enfance, nous amène aux conclusions suivantes :

1^o Dans les cas de granulie généralisée, à prédominance pulmonaire, nous avons toujours trouvé la séro-réaction tuberculeuse négative.

2^o Dans les cas de méningite tuberculeuse au contraire, la séro-réaction s'est montrée : à peu près négative pour le liquide céphalo-rachidien ; presque toujours positive, mais à un faible degré pour le sérum sanguin. Comme pour la broncho-pneumonie tuberculeuse, cette agglutination, si faible qu'elle soit, peut suffire à faire porter le diagnostic de méningite tuberculeuse, ou tout au moins à constituer une indication précieuse.

CHAPITRE III

TUBERCULOSE DES SÉREUSES

La tuberculose des séreuses constitue l'une des modalités les plus importantes de l'infection tuberculeuse de la seconde enfance. Comme l'a dit le Professeur Weill : « Si on considère les formes lentes de l'infection, on remarque que dans les premières années, ce sont les manifestations ganglionnaires qui dominent ; dans la seconde enfance les manifestations sur les séreuses ; et ce n'est que chez les grands enfants qu'on voit apparaître communément les localisations viscérales (1). ». C'est donc l'une des grandes étapes de la tuberculose infantile que nous allons maintenant étudier au point de vue de la séro-réaction tuberculeuse.

Mise à part, la méningite tuberculeuse qui, nous venons de le voir, est une granulie, la tuberculose frappe par ordre de fréquence : le péritoine, la plèvre, le péricarde.

(1) WEILL, — Précis de médecine infantile, page 180.

I. Péritonites tuberculeuses

Qu'elle se manifeste suivant sa forme ascitique, fibreuse ou caséuse, le diagnostic en est en général facile. Un des caractères les plus intéressants de cette péritonite tuberculeuse des enfants, c'est la facilité avec laquelle elle guérit, et la rapidité avec laquelle on voit disparaître les exsudats et les gâteaux péritonéaux. Cette tendance à la guérison commande naturellement l'abstention complète au point de vue intervention : c'est ce qui explique que sur onze cas de péritonite tuberculeuse nous n'ayons pu nous procurer une seule fois du liquide ascitique. Quels renseignements peut-on attendre de la séro-réaction du sérum sanguin ?

Sur ces onze cas (tableau IX) la séro-réaction a été positive huit fois (73 %), douteuse une fois (9 %), négative deux fois (18 %). Une seule fois l'agglutination a été complètement positive à 1 pour 15, une fois à 1 pour 10, deux fois incomplètement à 1 pour 10, deux fois positive à 1 pour 5, deux fois à 1 pour 3.

Les raisons de ces différences sont difficiles à donner. De 2 cas graves terminés par la mort, l'un (*observation 37*), a donné une réaction absolument négative, l'autre (*observation 76*) très positive à 1 pour 5, incomplètement à 1 pour 10. Par contre l'enfant de l'*observation 77*, qui n'agglutine qu'incomplètement à 1 pour 3, ne semble pas avoir eu une forme bien sévère. Des deux enfants Ch. (*Observations 79 et 80*), la petite fille agglutine très fortement, le petit garçon n'agglutine pas du tout : nous n'avons pu obtenir de

OBSERVATIONS		Date du Séro-diagn.	AGGLUTINATION										ÉVOLUTION
			6 heures					24 heures					
			1 p. 3	1 p. 5	1 p. 10	1 p. 15	1 p. 3	1 p. 5	1 p. 10	1 p. 15			
Obs. 71. — Br. Andrée , 7 ans.	Antécédents tuberculeux. — Péritonite tuberculeuse datant de 2 mois. — Respiration un peu rude au sommet droit en avant.	20 avril 30 mai	— +	— +	— —	— —	— —	— —	— —	— +	— +	— —	Amélioration progressive et guérison.
Obs. 72. — Me. Margu. , 8 ans.	Péritonite tuberculeuse avec état fébrile au début, et tr. intestinaux.	30 mai	+	+	—	—	—	—	—	+	+	—	Amélioration lente.
Obs. 73. — La. Judith , 4 ans.	Antécédents tuberculeux. — Péritonite tuberculeuse; très vives douleurs abdominales. — Fièvre à la fin.	41 juin	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Emmenée mourante. <i>Morte</i> le 24 juin, pas d'autopsie.
Obs. 74. — Gu. Elisa , 8 ans.	Péritonite tuberculeuse survenue il y a un mois. — Fièvre à oscillations. — Amaigrissement. — Diarrhée. — Gâteaux péritonéaux.	41 juin	+	+	—	—	—	—	—	+	+	—	Amélioration à partir du 15 juillet. Guérison.
Obs. 75. — Ol. François , 12 ans.	Péritonite tuberculeuse (forme ascitique).	26 juin	+	+	—	—	—	—	—	+	+	—	Guérison complète en 2 mois.
Obs. 76. — Fo. Gilbert , 14 ans.	Péritonite tuberculeuse (forme fibro-caséuse). — Grandes oscill. — Amaigriss. — Tuberc. pulmon.	26 juin	+	+	±	—	—	—	—	+	+	—	<i>Mort</i> le 4 août. — Autopsie : péritonite tuberculeuse (forme fibro-caséuse). — Gros tubercules en voie de ramollissement dans le poumon droit.
Obs. 77. — R. Lorraine , 9 ans. (Ex Buard).	Antécédents tuberculeux. — Péritonite tuberculeuse. — Assez bon état général.	27 déc.	±	—	—	—	—	—	—	—	—	—	?
Obs. 78. — C. Alexandre , 5 ans. (Ex Buard).	Ganglions tuberculeux. — Péritonite tuberculeuse.	10 janv.	»	+	+	+	+	+	+	»	»	»	<i>Mort</i> par broncho-pneumonie à marche rapide. Autopsie: ?
Obs. 79. — Ch. Marie , 10 ans.	Antécédents tuberculeux. — Péritonite tuberculeuse (forme ascitique) datant de 15 jours.	20 avril	+	+	+	—	—	—	—	+	+	—	Amélioration progressive, mais lente.
Obs. 80. — Ch. Justin , 6 ans.	Frère de la précédente. — Tubercul. pleuro-péritonéale : péritonite tubercul. (forme fibreuse); épanchement de la plèvre droite avec tubercul. pulmon. sous-jacente.	19 févr. 27 avril	—	—	—	—	—	—	—	±	—	—	Amélioration lente. Départ le 16 juin, avec état général assez bon.
Obs. 81. — Rou. Pierre , 14 ans.	Tuberculose pleuro-péritonéale : péritonite tubercul. (forme ascitique). — Épanchement de la base droite.	27 avril	—	±	±	—	—	—	—	+	—	—	Guérison. En septembre, il persiste quelques râles à la base droite.

renseignements récents sur ce qu'est devenu ce dernier; mais il était sorti de l'hôpital très amélioré. Signalons enfin que deux cas de *tuberculose pleuro-péritonéale*, ont donné l'un (le petit garçon de l'*observation 80*) une réaction négative, l'autre (*observation 81*) une agglutination faible, complète à 1 pour 3, incomplète à 1 pour 5 et 1 p. 10.

II. Pleurésies

Tandis que la pleurésie primitive de l'adulte est considérée depuis les travaux de Landouzy comme étant presque toujours de nature tuberculeuse, il est loin d'en être de même de la pleurésie de l'enfant. La pleurésie, et nous n'avons en vue ici que la pleurésie séro-fibrineuse, n'est guère tuberculeuse chez l'enfant que dans la moitié des cas environ : elle peut encore être d'origine rhumatismale, pneumococcienne (surtout chez les jeunes enfants), broncho-pneumonique, etc. Et comme le diagnostic de la nature de l'épanchement pleural est le plus souvent impossible avec les seules ressources de l'examen clinique, on comprend de quelle utilité pourra être dans ces cas la séro-réaction tuberculeuse.

Nous guidant sur le mémoire de P. Courmont (1)
« sur l'agglutination du bacille de Koch par les épan-

(1) PAUL COURMONT. — L'agglutination du bacille de Koch par les épanchements tuberculeux. *Archives de Médecine expérimentale et d'anat. pathol.* n° 6, novembre 1900.

chements tuberculeux », nous diviserons les pleurésies en :

- 1° Pleurésies sûrement tuberculeuses;
- 2° Pleurésies douteuses;
- 3° Pleurésies sûrement non tuberculeuses.

A. — PLEURÉSIES SUREMENT TUBERCULEUSES.

Nous en apportons 5 observations seulement. La preuve de la nature tuberculeuse de l'épanchement est fournie soit par l'inoculation au cobaye, soit par le cytodiagnostics, soit surtout à l'aide des antécédents et de l'évolution clinique.

Sur 5 observations (tableau X, A), la réaction avec le sérum sanguin a été positive 4 fois, 2 fois à 1 pour 15 (dont une fois faiblement); 1 fois à 1 pour 10 (faiblement); 1 fois à 1 pour 5 (très positive); ce qui constitue en somme pour des enfants des agglutinations fortes. Une seule fois (*observation 84*), la réaction a été absolument négative: ils'agissait d'un cas grave chez un enfant de 2 ans et demi, qui s'est terminé moins de deux mois plus tard par une broncho-pneumonie tuberculeuse. Remarquons également que l'enfant de l'*observation 85*, qui, en pleine pleurésie, le 17 avril, donnait une agglutination positive à 1 pour 10, donne seulement deux mois plus tard, alors que sa pleurésie est résorbée, mais que sa tuberculose pulmonaire évolue vers le ramollissement, une agglutination incomplète à 1 pour 3 et 1 pour 5.

La séro-réaction avec le liquide pleural n'a été

essayée que 3 fois : 2 fois dans un cas positif où elle s'est montrée moins forte que l'agglutination parallèle du sérum sanguin; une fois dans le cas négatif de l'observation 85 : comme pour le sérum, l'agglutination a été absolument négative.

B. — PLEURÉSIES DOUTEUSES.

Nous rangeons sous cette rubrique les 8 observations suivantes (tableau X. B) dans lesquelles rien ne nous permet de faire la preuve de la nature de la pleurésie.

Sur 8 observations la séro-réaction a été positive 5 fois, 3 fois très fortement à 1 pour 15, 1 fois à 1 pour 10, 1 fois à 1 pour 3; et négative 3 fois. Etant donné que la moitié des pleurésies séreuses de l'enfance ne sont pas tuberculeuses, cette absence de la séro-réaction dans 3 cas n'a rien de surprenant.

Quant aux cas positifs, il y a toute vraisemblance pour qu'ils soient d'origine tuberculeuse. Remarquons en effet par exemple que le petit de l'observation 87 a pris quelques mois après sa pleurésie une arthrite tibio-tarsienne d'origine bien suspecte; que la petite de l'observation 88 a une sœur tuberculeuse; que l'enfant de l'observation 93 a eu une pleurésie double à moins d'un an d'intervalle.

Dans les observations 93 et 94, qui se rapportent à d'anciennes pleurésies dont l'épanchement s'est résorbé, la séro-réaction offre un intérêt spécial au point de vue du diagnostic rétrospectif : très positive

dans la première (pleurésie double), elle a été absolument négative dans la deuxième.

La séro-réaction *avec l'exsudat pleural* essayée une seule fois, dans un cas à agglutination forte (*observation 88*), s'est montrée positive à 2 pour 15, négative à 1 pour 15, moins élevée par conséquent que pour le sérum sanguin correspondant.

C. — PLEURÉSIES SUREMENT NON TUBERCULEUSES.

Leur nature est prouvée par les antécédents (pneumonie), l'examen bactériologique ou cytologique, l'évolution. En voici 3 observations (*tableau X, C*), dans lesquelles la réaction, soit *avec le sérum sanguin* soit *avec le liquide pleural*, s'est montrée complètement négative.

En résumé :

1° Sur 5 observations de *pleurésie sûrement tuberculeuses*, la séro-réaction s'est montrée :

Positive dans 4 cas = 80 0/0

Négative dans 1 cas = 20 0/0

le cas négatif s'étant rapidement terminé par la mort.

2° Sur 8 observations de *pleurésies de nature douteuse*, la séro-réaction a été :

Positive dans 5 cas = 62, 5 0/0

Négative dans 3 cas = 37, 5 0/0

3° Sur 3 observations de *pleurésies sûrement non tuberculeuses* la séro-réaction a été :

Négative dans 3 cas = 100 0/0.

III. Péricardites tuberculeuses

Quoique bien moins fréquente que la péricardite rhumatismale, la péricardite tuberculeuse chez l'enfant n'est pas très rare, puisque nous avons pu en examiner 3 cas :

Dans ces 3 observations (tableau XI) la séro-réaction a été positive, faiblement mais d'une façon non douteuse dans les 2 premières, fortement dans la dernière.

Les deux premières (*observations 98 et 99*), ont trait non plus à des péricardites en évolution aiguë, mais à des péricardites qui évoluent vers la symphyse, nettement pour le petit de l'observation 99 moins nettement pour la grande fille de l'observation 98; les symptômes du côté du cœur lui-même sont vagues et peu nets (immobilité de la pointe, rythme fœtal), laissant venir au premier plan les symptômes périphériques (gros foie, dyspnée d'effort, etc.).

La troisième (*observation 100*) est particulièrement instructive : c'est l'histoire d'une fillette de 14 ans, entrée à la Clinique infantile pour une péricardite avec épanchement abondant, que les antécédents de la malade (entre autres douleurs articulaires à plusieurs reprises) avaient fait rattacher à une origine rhumatismale, et qui entraîna la mort rapidement au milieu de troubles graves. Mais, le *séro-diagnostic*

TABLEAU XI. — Péricardites tuberculeuses

OBSERVATIONS		DATE du Sérodiagnostic	AGGLUTINATION			
			1 p. 3	1 p. 5.	1 p. 10	1 p. 15
Obs. 98 M. Olympe 14 ans	Péricardite tuberculeuse évoluant vers la résolution spontanée ou la symphyse.	11 janvier 23 février 24 juin	++ + +	± ± ±	— ± —	— — —
Obs. 99 C. Cyprien 8 ans	Symphyse péricardique, cirrhose cardio- bacillaire.	19 janvier	+	±	±	—
Obs. 400 Jac. Marthe 14 ans	Péricardite rhumatismale, épanchement abondant, troubles graves. <i>Mort</i> en 18 jours.	2 février	+	serum sanguin		
	Autopsie : <i>Péricardite tubercu- leuse</i> , ganglions trachéo-bronch. et cardiaques caséux.			+	+	
	<i>Cytodiagnostic</i> (post mortem) lym- phocytose.			±	±	±
		11 février	+	±	±	±

tuberculeux avait été positif à 1 pour 10, avec même une agglutination incomplète à 1 pour 15. Or l'autopsie révèle la présence de gros ganglions trachéo-bronchitiques caséux, de ganglions caséux à la base du cœur, et de lésions tuberculeuses au sommet droit où il existait même une petite cavernule. Le péricarde était tapissé d'un exsudat très épais dans lequel l'examen histologique put mettre en évidence de nombreux tubercules avec cellules géantes. Le diagnostic rectifié après la mort fut : péricardite tuberculeuse.

Un cas semblable en dit plus long que toute une démonstration sur l'importance que l'on doit, en pareille occurrence, attribuer à un séro-diagnostic positif.

*
* *

En somme, qu'il s'agisse de péritonites, de pleurésies ou de péricardites, nous voyons que *la tuberculose des séreuses chez l'enfant est une des formes de l'infection tuberculeuse dans laquelle la séro-réaction d'Arloing-Courmont se montre avec le plus de netteté, et peut fournir les indications les plus précieuses.*

CHAPITRE IV

TUBERCULOSES ATYPIQUES

Nous rangeons sous ce titre toute une catégorie de manifestations de la tuberculose, très fréquentes chez l'enfant, qui ne répondent le plus souvent à aucun type clinique précis, et plongent en général le clinicien dans le plus grand embarras. Tels sont par exemple les troubles plus ou moins vagues qui ressortissent à des adénopathies trachéo-bronchiques ou mésentériques ; telles sont encore ces anémies suspectes, qui arrivent à revêtir des masques si différents, depuis celui de la chlorose chez les grandes filles, jusqu'à celui de l'atrophie chez les tout petits enfants ; tels sont encore toute une série de phénomènes infectieux à allure bizarre, de troubles nerveux mal déterminés, etc., qui nous montrent jusqu'où peut aller chez l'enfant le polymorphisme de l'infection bacillaire.

C'est peut-être dans ces cas, dans lesquels la sagacité du clinicien ne parvient pas la plupart du temps à dépister l'infection tuberculeuse, que le sérodiagnostic est appelé à rendre les plus réels services. Nous appor-

TABLEAU XII. — A. Tuberculoses « atypiques » certaines ou probables

OBSERVATIONS	DATE du séro-diagnostic	AGGLUTINATION				ÉVOLUTION ET CONTRÔLE
		1 p. 3	1 p. 5	1 p. 10	1 p. 15	
Obs. 101 Laf. Jeanne 41 ans	44 juin.	++	++	++	±	Evolution lente, amaigrissement assez marqué. Ombre très nette à l'épreuve radiographique.
Obs. 102 D. Jeanne 41 ans (ex Buard)	46 février.	++	++	+	+	Fièvre oscillante autour de 39°, survenue quelques temps après. S. du côté des 2 sommets.
Obs. 103 C. Jules , 6 ans (ex Harvthorn)	6 juin.	»	++	++	1 p. 20 +	Un mois après : hémoptysies, foyer d'induration au sommet droit.
Obs. 104 C. ... , 4 ans (ex Hawthorn)	8 février.	»	+	±	1 p. 20 —	Enfant s'amaigrit rapidement.
Obs. 105 O. François 2 ans 1/2	49 janvier (1).	±	—	—	—	<i>Mort</i> le 6 avril. Autopsie : adénop. trachéo-bronch. caséuse, broncho-pneumonie non tuberculeuse.
Obs. 106 R. Adolphe 7 ans (ex Hawthorn)	47 avril (2).	++	++	++	++	<i>Mort</i> en mai. Autopsie : tubercules de l'intestin, du foie et de la rate.
Obs. 107 A. Rose 14 ans	45 mars.	++	—	—	—	Légère hémoptysie en septembre. 49 septembre : respiration rude au sommet droit en arrière.
Obs. 108 C. Jean 4 ans 1/2	49 février. 2 mai.	++ ++	++ ++	± —	— —	En avril : ostéite du malaire, point douloureux sous-occipital.

Obs. 409 A. Valentine 4 ans (ex Buard)	<i>Rachitisme, Anémie</i> : pâleur, micropolyadénie, rouchus disséminés.	6 janvier.	»	+	+	+	Anaigriissement continue, diarrhée fréquente.
Obs. 410 B. Eugène 5 ans (ex Hawthorn)	<i>Hérédotuberculeuse, forme latente</i> : tr. gastro-intestinaux, gaughions.	12 mars.	»	++	++	++	Epreuve de la tuberculine: positive.
Obs. 411 C. ... , 3 ans (ex Hawthorn)	<i>Tuberculeuse sans localisation bien nette</i> : tr. gastro-intestinaux, foyer de congestion pulmonaire, polymicroadénie.	6 décembre.	»	++	+	—	Epreuve de la tuberculine: positive.
Obs. 412 R. Marie 10 ans	Antécédents tuberculeux? <i>Rhumatisme chronique deformant</i> .	5 mars. 10 septembre.	++ ++ ++	? — —	— — —	— — —	
Obs. 413 T. Marie 13 ans	Antécédents tuberculeux: crises d' <i>épilepsie jacksonienne</i> .	12 décembre. 12 janvier. 10 mars.	++ ++ ++	++ ++ +	++ ++ —	— — —	15 septembre: tousses et maigrit.
Obs. 414 G. Marius 8 ans 1/2	<i>Crises d'épilepsie jacksonienne</i> .	26 juin.	++	++	++	++	<i>Mort</i> le 11 juillet avec signe de méningite. Oppos. à l'autopsie.
Obs. 415 G. Henriette 4 ans	<i>Tumeur cérébrale</i> : hydrocéphalie amaurose.	12 janvier. 10 mai.	++ ++ ++	++ ++	— —	— —	
Obs. 416 M. Henri 4 ans 1/2	<i>Encéphalopathie infantile</i> : convulsions, ataxie, coma.	16 mai. 30 mai.	++ ++ ++	± ++ +	— ±	— —	<i>Guérison</i> en deux mois.

(1) Au bout de 24 heures: agglutination complète à 1 p. 5, incomplète à 1 p. 3.

(2) Culture très tendre.

tons ici 16 observations de ces tuberculoses dites atypiques, révélant comme on peut le voir les formes les plus différentes (tableau XII, A).

La simple lecture de ce tableau suffit à montrer que presque toutes ces observations appartiennent à des cas très intéressants: on les trouvera en détail à notre chapitre « Observations ». Ce sont pour la plupart des formes de tuberculose bénignes ou à évolution lente: aussi fournissent-elles, d'une façon générale, les agglutinations les plus élevées que nous ayons obtenues.

Les quatre premières observations ont trait à des adenopathies trachéobronchiques toutes vérifiées par l'évolution, les ante-cadents, les signes physiques, la radio-scopie, etc. Dans le troisième cas (*observation 103*) l'agglutination a été positive à 1 p. 15 et même au delà. Dans l'*observation 104*, où l'agglutination a été plus faible, complète à 1 p. 5, incomplète à 1 p. 10, l'évolution semble plus grave: l'enfant s'amaigrit rapidement.

L'*observation 105* est des plus curieuses. Il s'agit d'un enfant qui présentait des signes d'infiltration de la base gauche, accompagnée de pleuresie, qu'on diagnostiqua d'origine tuberculeuse, et enyahit peu à peu le reste du poumon gauche et le poumon droit. La séro-réaction fut légèrement positive. A l'autopsie on trouva de la broncho-pneumonie chronique sans tuberculose pulmonaire, mais de nombreux ganglions trachéo-bronchiques caséux.

La nature tuberculeuse de l'entérite de l'enfant de l'*observation 106* a été révélée par le séro-diagnostic seul: l'autopsie est venue la confirmer.

De même dans les trois cas d'anémies si différentes

des *observations 107, 108 et 109*, la nature bacillaire de l'affection, révélée par le séro-diagnostic, a été confirmée par l'évolution ultérieure. Dans les deux *observations 110 et 111*, la tuberculine a confirmé les résultats de la séro-agglutination, qui rapportait à la tuberculose les troubles infectieux et gastro-intestinaux bizarres, observés chez ces deux jeunes enfants.

L'*observation 112* est celle d'une fillette de 10 ans clouée au lit depuis plusieurs années déjà, par un rhumatisme chronique déformant. La nature de ce rhumatisme n'apparaissant pas nettement, notre maître, le professeur Weill, nous conseilla de faire le séro-diagnostic tuberculeux, qui fut positif, faiblement, mais très nettement à 1 p. 3, à deux reprises différentes. Ne s'agirait-il pas là d'une de ces formes de rhumatisme tuberculeux mises en lumière par le professeur Poncet?

Les deux enfants des *observations 113 et 114* présentaient des crises d'épilepsie jacksonnienne, qui même, chez la première, se changèrent à plusieurs reprises en crises d'épilepsie franche. La nature tuberculeuse de leur affection, mise en lumière par le séro-diagnostic, semble bien confirmée par l'évolution ultérieure; la première, qui a une sœur tuberculeuse, d'après des nouvelles récentes survenues six mois après son départ de l'hôpital, tousse et maigrit; le deuxième est mort d'une méningite, qui n'a malheureusement pu être vérifiée par l'autopsie. S'agirait-il chez eux d'une tumeur tuberculeuse, d'un de ces gros tubercules, de ces « marrons d'Inde », qui ne sont pas rares chez les enfants? S'agit-il au contraire d'une épilepsie essentielle, laquelle éclorait souvent, si l'on en

TABLEAU XII. — B. — Cas simulant des Tuberculoses « atypiques »

OBSERVATIONS		Date du Sérodiagnostic	AGGLUTINATION				EVOLUTION et CONTROLE
Obs. 117 B. Gustave 5 mois	Mère morte de phthisie galopante. Syphilis héréditaire, atrepsie.	2 février	1 p. —	3 p. —	4 p. —	5 p. —	Mort le 16 février. <i>Autopsie</i> : pas de tuberculose.
Obs. 118 B. Irène 3 ans	Mère morte probablement tuberculeuse. Coqueluche datant d'un mois et demi, avec bronchite intense.	12 janvier	—	—	—	—	<i>Amélioration et guérison</i> rapides.
Obs. 119 B. Georgette 6 ans	Bronchite il y a 1 an, puis adénop. cervicales persistantes; hypertrophie des amygdales.	15 mars	—	—	—	—	Enfant se fortifie de jour en jour. Après séjour à Gien, très bon état général.
Obs. 120 Ch. Françoise 10 ans	Tic nerveux consistant à provoquer le vomissement; anémie, faiblesse, inappétence.	15 mars	—	—	—	—	<i>Guérison</i> rapide sous l'influence d'un traitement approprié.
Obs. 121 M. Jeanne 11 ans	Mictions douloureuses, sans leucorrhée et sans s. d'urétrorhagie, facies scrofuleux, adénoïdes.	26 janvier	—	—	—	—	<i>Guérison</i> rapide sous l'influence d'un traitement approprié.
Obs. 122 L. Antoinette 12 ans	Anémie, inappétence, palpitations, essoufflement, grande pâleur, cystite.	14 juin	—	—	—	—	<i>Guérison</i> rapide sous l'influence d'un traitement approprié.
Obs. 123 C. Joseph 7 ans	Impetigo, traces de kératite, grosses lèvres, nez épais, scrofuleux, rien aux poulmons, pas d'adéno-pathie.	26 juin	?	—	—	—	Bon état général, <i>amélioration</i> .
Obs. 124 Per... 15 ans	Maladie bleue, rétrécissement de l'artère pulmonaire; rien aux poulmons.	15 janvier	?	—	—	—	Bon état général, ne tousse pas.
Obs. 125 Fav... 13 ans	Maladie bleue, rétrécissement de l'artère pulmonaire; rien aux poulmons.	15 avril	—	—	—	—	Bon état général, ne tousse pas.

croit les auteurs récents, sur un terrain tuberculeux? (1).

Enfin les deux dernières observations, (*observations 115 et 116*), se rapportent, la première à une enfant de 4 ans atteinte de tumeur cérébrale probable avec hydrocéphalie et amaurose, et dont l'état n'a guère changé depuis un an que nous la suivons; la seconde également à un enfant de 4 ans qui a présenté pendant deux mois des troubles nerveux bizarres dont il est parfaitement guéri. Dans ces deux cas le séro-diagnostic positif nous indique que la tuberculose doit être en cause; nous ne saurions le prouver.

Le commentaire rapide de ces 16 observations, toutes intéressantes, suffit à mettre en lumière, en même temps que le polymorphisme véritablement extraordinaire de la tuberculose infantile, les immenses services que peut rendre dans ces cas au clinicien la séro-réaction tuberculeuse.

A côté de ces cas positifs, nous signalerons à titre de curiosité un certain nombre de *cas négatifs* (tableau XII, B), où la maladie a pu à un moment donné simuler une de ces tuberculoses atypiques; l'évolution a montré qu'il n'en était rien et l'on remarquera que *dans tous ces cas la séro-réaction a été absolument négative*.

Nous ne voulons pas insister sur ces faits négatifs, nous ferons toutefois remarquer que dans l'*observation 117* et même dans l'*observation 118*, en raison des antécédents la tuberculose semblait bien probable,

(1) Voir à ce propos : H. LHOÏE. Étiologie de l'épilepsie dite essentielle : rôle de l'hérédité tuberculeuse. *Thèse de Lyon* 1900.

et que dans ces cas le séro-diagnostic négatif a reçu pleine confirmation de l'évolution clinique. Les anémies des *observations 120 et 121*, qui n'agglutinent pas, sont à opposer comme anémies non tuberculeuses, à celles des observations 107, 108 et 109, de nature tuberculeuse. Enfin, ayant sous la main deux cas de maladie bleue (*observations 124 et 125*), tous les deux par rétrécissement de l'artère pulmonaire, il nous a paru intéressant, connaissant la fréquence de la tuberculose pulmonaire dans cette affection, de rechercher leur pouvoir agglutinant: dans les deux cas il a été nul, d'accord en cela avec la clinique qui montre les deux fillettes ayant un très bon état général, ne toussant pas et ne présentant aucun symptôme du côté des poumons.

Si maintenant nous jetons un regard d'ensemble sur les résultats fournis par la séro-réaction tuberculeuse dans les cas de tuberculose médicale de l'enfant, nous voyons qu'ils se rapprochent dans les grandes lignes de ceux observés chez l'adulte. Sans doute, le taux de l'agglutination est, d'une façon générale, moins élevée chez l'enfant; une séro-réaction positive à 1 p. 5 et même 1 p. 3 chez le petit enfant, constitue déjà une agglutination bien moyenne, correspondant chez l'adulte à une agglutination à 1 p. 15 et 1 p. 10.

Mais les conditions cliniques qui font varier le pouvoir agglutinant sont les mêmes que chez l'adulte. D'une part ce sont les tuberculoses bénignes, les formes

curables ou à évolution lente qui fournissent les agglutinations les plus élevées : tuberculose pulmonaire au début, tuberculose des séreuses, tuberculose ganglionnaire ; d'autre part ce sont au contraire les tuberculoses graves ou à marche rapide, qui donnent les agglutinations faibles ou les séro-réactions négatives : tuberculose aiguë à forme broncho-pneumonique, granulie généralisée, pulmonaire ou méningée. Bien plus, il suffit de suivre l'évolution d'un cas de tuberculose pulmonaire commune, pour assister à toutes les modifications que peut subir le pouvoir agglutinant ; pour voir, à mesure que progressent les lésions, le pouvoir agglutinant élevé du début, baisser peu à peu, devenir faible à la période cavitaire, pour finir par être complètement nul immédiatement avant la mort.

Mais il y a plus : il nous semble que chez l'enfant le séro-diagnostic tuberculeux peut fournir des renseignements plus complets que chez l'adulte, en ce sens que si les réactions sont plus faibles, elles sont aussi *plus pures*. La notion bien établie de l'absence totale de pouvoir agglutinant dans le sérum des nouveau-nés et des enfants normaux, nous indique en effet, que, au moins dans la première moitié de l'enfance, on pourra tenir compte des moindres ébauches d'agglutination, sinon pour affirmer nettement un diagnostic, tout au moins à titre d'indication sérieuse : ce fait est, on le conçoit, d'une extrême importance dans le diagnostic souvent si épineux des tuberculoses aiguës, si fréquentes chez le jeune enfant.

TROISIÈME PARTIE

LA SÉRO-RÉACTION TUBERCULEUSE

CHEZ L'ENFANT

ATTEINT DE TUBERCULOSE CHIRURGICALE

Il semble au premier abord que la séro-réaction tuberculeuse ne puisse avoir une bien grande utilité dans le diagnostic des affections tuberculeuses chirurgicales de l'enfant. Qu'ils s'agisse en effet d'un mal de Pott, d'une coxalgie, d'une tumeur blanche, d'une ostéite ou d'une adénite, le diagnostic en est aisé dans la très grande majorité des cas, mises à part quelques hésitations permises parfois tout à fait au début de ces affections, rapidement dissipées en général par l'évolution ultérieure.

Il ne faudrait pas croire toutefois que la tuberculose chirurgicale de l'enfant soit toujours d'un diagnostic aussi simple. Sans parler de ces adénites tuberculeuses simulant de si près le lymphadénôme (ou réciproquement) que l'anatomie pathologique elle-même ne peut dans certains cas trancher la question, il existe toute une catégorie d'affections chroniques subaiguës des articulations ou des os, dont la nature est fort mal déterminée. L'ostéomyélite chronique a rétréci d'autant le domaine de la tuberculose osseuse; des infections chroniques peuvent très bien déterminer des lésions ostéo-articulaires simulant celles de l'infection

tuberculeuse, et en retour cette dernière peut aussi revêtir le masque des affections pyogènes plus franches. Une grande obscurité règne encore sur toute une partie de cette pathologie si complexe de l'articulation de la hanche : ainsi tout un groupe d'affections considérées il y a quelques années comme de la coxotuberculose, sont aujourd'hui rattachées à l'ostéomyélite chronique; et qui sait si des moyens d'investigation plus précis ne viendront pas limiter encore le champ de la tuberculose ostéo-articulaire?

C'est que dans les cas de tuberculose chirurgicale, la vérification anatomique est bien plus rare que dans les tuberculoses médicales; que de plus elle n'est pas toujours compétente; et que le contrôle bactériologique, qui par les cultures et surtout l'inoculation serait le seul véritablement probant, est le plus souvent très difficile à réaliser. Ces considérations ne visent certainement qu'un petit nombre de faits : dans la très grande majorité des cas la nature de l'affection s'impose d'une façon très nette. Mais il nous a semblé que tout ce côté flou et obscur de la tuberculose chirurgicale des enfants pourrait peut-être recevoir quelque éclaircissement de l'examen de la séro-réaction tuberculeuse.

Nous avons pu rassembler une quarantaine d'enfants atteints d'affections tuberculeuses chirurgicales diverses, presque tous appartenant au service de M. Nové-Josserand, à la Charité, qui a bien voulu contrôler lui-même toutes les observations. Cette étude fait suite aux travaux d'Arloing et P. Courmont sur la tuberculose chirurgicale de l'adulte, consignés

dans la thèse de leur élève H. Clément (20). Comme cet auteur, nous répartirons nos cas en trois groupes :

Localisations ostéo-articulaires,

- » osseuses et abcès froids,
- » diverses (ganglionnaires, abdominales, cutanées, etc.)

en examinant à la suite de chacun de ces groupes quelques cas d'affections non tuberculeuses ayant peut-être pu rendre un moment le diagnostic hésitant.

CHAPITRE PREMIER

LOCALISATIONS OSTÉO-ARTICULAIRES

Nos observations sont au nombre de 31 : 7 de mal de Pott; 11 de coxalgie; 4 d'ostéo-arthrite du genou ou du coude; 4 d'ostéo-arthrite du pied ou de la main; 3 de tuberculoses multiples; et enfin 2 d'affections cliniquement non tuberculeuses. Nous les avons groupés dans le tableau XIII.

En résumé, sur 29 cas d'affections ostéo-articulaires cliniquement tuberculeuses, la séro-réaction a été :

Positive	{	nettement..... dans 19 cas, soit 65,5 %	}	89,6 %
		incompl. ou retardée. — 7 — 24,1 %		
Négative		— 3 — 10,4 %		10,4 %

Ces résultats se répartissent ainsi :

a. Maux de Pott. — 7 cas.

Aggl. négative	{	nettement..... dans 5 cas, soit 71,44 %	}	85,72 %
		incompl. ou retardée. — 1 — 14,28 %		
Aggl. négative.....		— 1 — 14,28 %		14,28 %

Obs. 144 Pr. Ferdin. , 3 ans 1/2	Albès para-osseux du genou. <i>Ostéo-arthrite tuberculeuse secondaire du genou.</i> Poumons normaux. Mort en mars de méningite.	19 février.	—	—	—	—	+	+	±	±
Obs. 145 B. Jean , 13 ans	<i>Hydarthrose tuberculeuse du genou.</i> Poumons normaux.	20 avril.	+	+	—	—	+	+	—	—
Obs. 146 C. Marthe , 3 ans 1/2	<i>Tumeur blanche du coude</i> , forme sèche. Poumons normaux.	20 avril.	?	—	—	—	?	—	—	—
Obs. 147 O. Pierre , 6 ans	<i>Ostéo-arthrite tuberculeuse du genou</i> , forme sèche. Poumons normaux.	20 avril.	—	—	—	—	—	—	—	—
Obs. 148 C. Marie , 14 ans 1/2	<i>Ostéo-arthrite tuberculeuse du carpe</i> datant d'un an et demi. Résection (27 nov. 1901). Poumons normaux.	26 janvier.	+	+	±	±	+	+	±	±
Obs. 149 K. Thomé , 6 ans	<i>Tumeur blanche du pied</i> opérée en avril et septembre 1901. Poumons normaux.	6 février. 20 avril.	+	—	—	—	+	+	±	±
Obs. 150 C. Bénédicte , 8 a. 1/2	<i>Ostéo-arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne</i> datant d'un an, opérée en décembre 1901. Poumons normaux.	19 février.	+	+	+	±	+	+	+	+
Obs. 151 P. Firmin , 10 a. (ex Buard)	<i>Arthrite tuberculeuse du pied</i> datant de six mois. Poumons normaux.	10 février.	»	+	—	—	»	»	»	»
Obs. 152 L. Jeanne , 13 ans	<i>Arthrite sèche de l'épaule droite</i> datant de trois ans, résection le 7 octobre 1901. Synovite à grains villosités du pied droit. Poumons normaux.	6 février.	++	±	±	±	++	+	±	±
Obs. 153 T. , 16 ans	<i>Tuberculoses multiples</i> : poêle, abcès de la cuisse, coxalgie, etc. Lésions pulmonaires en évolution. Mort vers le 1 ^{er} septembre 1902.	19 février. 20 avril.	—	—	—	—	++	++	++	++
Obs. 154 Corn.	<i>Ostéo-myélite chronique</i> du tibia gauche en octobre 1901. Consécutivement: <i>arthrites de la hanche et du coude, de nature à déterminer</i> . Poumons normaux.	16 mai.	++	++	—	—	++	++	—	—

Affections cliniquement non tuberculeuses

Obs. 155 M. Jeanne , 23 mois	Arthrite purulente de la hanche (à staphylocoques).	16 mai.	—	—	—	—	—	—	—	—
Obs. 156 X. Paul , 5 ans	Arthrite suppurée phalangienne consécutive à un panaris.	8 août.	—	—	—	—	—	—	—	—

b. Coxalgies. — 11 cas.

Aggl. positive	{ nettement..... dans 9 cas, soit 81,8 % }	100 %
	{ incompl. ou retardée. — 2 — 18,2 % }	
Aggl. négative.....	— 0 — 0%	

c. O.A.T. du genou et du coude. — 4 cas.

Aggl. positive	{ nettement..... dans 1 cas, soit 25 % }			50 %
	{ incompl. ou retardée. — 1 — 25 % }			
Aggl. négative.....	—	2	— 50 %	50 %

d. O.A.T. du pied et de la main. — 4 cas.

Aggl. positive	{ nettement.....	dans 3 cas, soit 75 %	100 %
	{ incompl. ou retardée. — 1 —	25 %	
Aggl. négative.....	— 0 —	0 %	

e. O.A.T. multiples. — 3 cas.

Aggl. positive	{ nettement..... dans 1 cas, soit 33,33 % }	100 %
	{ incompl. ou retardée. — 2 — 66,66 % }	
Aggl. négative.....	— 0 — 0 %	

Enfin, dans 2 cas d'affections cliniquement non tuberculeuses, la séro-réaction a été négative 2 fois, soit dans une proportion de 100 %.

CHAPITRE II

LOCALISATIONS OSSEUSES. ABCÈS FROIDS

Nos observations sont au nombre de 10, dont 3 d'affections cliniquement non tuberculeuses. Sur les 7 autres, à côté de 4 cas d'ostéite incontestable, nous avons placé 3 cas d'abcès froids qui ne se rattachent pas nettement à des lésions osseuses (tableau XIV).

En résumé, sur 7 cas d'affections cliniquement tuberculeuses, la séro-réaction a été :

Positive.....	{	nettement..... dans 3 cas, soit 42,85 %	}	71,42 %
	{	incompl. ou retardée. — 2 — 28,57 %	}	
Négative.....	—	2 — 28,57 %		28,57 %

Sur 3 cas d'affections cliniquement non tuberculeuses, la séro-réaction a été :

Positive nettement.....	dans 1 cas, soit 33,33 %
Négative.....	— 2 — 66.66 %

TABLEAU XIV. — LOCALISATIONS OSSEUSES. — ABCÈS FROIDS

OBSERVATIONS		DATE du séro-diagnostic	AGGLUTINATIONS												
			6 heures						24 heures						
			1 p. 3	1 p. 5	1 p. 10	1 p. 15	1 p. 3	1 p. 5	1 p. 10	1 p. 15	1 p. 3	1 p. 5	1 p. 10	1 p. 15	
Affections cliniquement tuberculeuses															
Obs. 157 D. Jean , 9 ans	<i>Spina ventosa</i> du petit doigt de main G. du premier métatarsien G ; <i>ostéite du calcanéum</i> .		?	+	—	—	—	—	—	+	+	+	+	+	±
Obs. 158 F. Marcelle , 9 a.	<i>Ostéite du trochanter et du col</i> . Poumons normaux.		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	±
Obs. 159 R. Auguste , 12 a.	<i>Ostéite du premier métatarsien</i> . Poumons normaux.		±	—	—	—	—	—	—	+	+	+	+	—	—
Obs. 160 P. Marie , 9 ans (ex Buard)	<i>Ostéite tuberculeuse du tibia</i> . Poumons normaux.		»	+	+	+	+	+	+	»	»	»	»	»	»
Obs. 161 P. Catherine , 7 a.	<i>Abcès parosseur de l'extrémité inférieure du fémur</i> . Poumons normaux.		+	±	±	±	±	±	—	+	+	+	+	±	±
Obs. 162 A. Claudius , 9 a.	<i>Abcès froid-iliaque</i> . Fonctions multiples. Poumons normaux.		+	+	+	+	+	+	±	+	+	+	+	+	+
Obs. 163 C. Zélie , 6 ans	<i>Abcès froid péri-articulaire du coude</i> . Poumons normaux.		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Affections cliniquement non tuberculeuses															
Obs. 164 D. Jules , 13 ans	<i>Ostéo-myélite subaiguë supérieure du tibia</i> . Poumons normaux.		+	±	±	±	±	±	±	+	+	+	+	+	+
Obs. 165 N. Josephine , 4 a.	<i>Ostéite de l'extrémité supérieure du fémur</i> . Absès multiples. Rien aux poumons.		?	—	—	—	—	—	—	+	+	—	—	—	—
Obs. 166 Pr. Julia , 8 ans	<i>Ostéo-myélite du fémur droit</i> . Guérison rapide. Rien aux poumons.		—	—	—	—	—	—	—	—	—	?	?	?	?

CHAPITRE III

LOCALISATIONS DIVERSES

Nous en avons recueilli 4 observations : 1 de tuberculoses multiples (cutanée, articulaire, ganglionnaire); 2 de tuberculose ganglionnaire; et 1 de tuberculose du cœcum (tableau XV).

Dans tous les cas, la séro-réaction a été *très positive*, soit une proportion de 100 %.

*
* *

Si maintenant nous totalisons nos cas de tuberculoses chirurgicales, nous arrivons aux résultats généraux suivants :

a. Affections cliniquement tuberculeuses. — 40 cas.

Aggl. positive	{	nettement..... dans 26 cas, soit 65 %	}	87,5 %
		incompl. ou retardée. — 9 — 22 5 %		
Aggl. négative.....		— 5 — 12,5 %		12,5 %

CLÉMENT chez l'adulte avait obtenu : 74,54 % de cas positifs contre 25,6 % de cas négatifs.

TABLEAU XV. — Localisations diverses

OBSERVATIONS		DATE du Séro-diagnostic	AGGLUTINATION											
			6 heures						24 heures					
			1 p. 3	1 p. 5	1 p. 10	1 p. 15	1 p. 3	1 p. 5	1 p. 10	1 p. 15	1 p. 3	1 p. 5	1 p. 10	1 p. 15
Obs. 167 C. Antoinette 43 ans	<i>Tuberculoses multiples</i> : lupus, adénites, arthrites, etc. Rien aux poumons.	26 janvier	+	±	±	±	+	+	+	+	+	+	+	+
Obs. 168 B. César 43 ans	<i>Lymphadénome</i> ou <i>adénite tuberculeuse</i> de l'aisselle ? Le laboratoire et l'évolution clinique prouvent tuberculose.	13 février 45 mars	± +	± +	± ±	— —	± +	± +	± ±	± ±	± +	± +	± ±	± ±
Obs. 169 S. Benoît 5 ans	<i>Lymphadénome</i> ou <i>adénite cervicale tuberculeuse</i> ? Ganglions ont un peu diminué dans la suite.	19 janvier 13 février 27 avril	++ ++ ++	++ ++ ++	++ ± ±	++ ± —	++ ++ ++	++ ++ ++	++ ++ ++	++ ++ ++	++ ++ ++	++ ++ ++	++ ++ ±	++ ++ ?
Obs. 170 F.-M. Claude 42 ans 1/2	<i>Tuberculose du cæcum</i> . Rien aux poumons.	20 avril	++ +	±	—	—	++ +	++ +	—	—	++ +	++ +	—	—

b. Affections cliniquement non tuberculeuses. —

5 cas.

Aggl. positive..... dans 1 cas, soit 20 %.

Aggl. négative..... — 4 — 80 %.

Nous aurons à revenir sur ce cas positif.

CHAPITRE IV

RÉFLEXIONS SUR LA SÉRO-RÉACTION

dans la tuberculose chirurgicale de l'enfant

La plupart de nos observations appartiennent à des tuberculoses banales, dont le diagnostic était évident, et ne sauraient prêter à de plus longs développements. Mais sur le nombre, nous en voulons retenir quelques-unes, dont l'examen nous semble présenter un certain intérêt, soit qu'il s'agisse de cas où le séro-diagnostic est en contradiction avec la clinique, et doit dès lors être justifié, soit qu'il s'agisse de ces faits obscurs, de nature encore mal déterminée, et sur lesquels il appartient peut-être à la séro-réaction de jeter un peu de lumière.

A. AGGLUTINATIONS RETARDÉES.

On remarquera tout d'abord la fréquence dans les cas de tuberculose chirurgicale de ces *agglutinations retardées*, dont nous avons déjà parlé à notre chapitre « Technique » (voir page 40), et que nous n'avons

rencontrées que d'une façon exceptionnelle dans les tuberculoses médicales. Tandis qu'en général chez l'enfant le taux de l'agglutination est très *fixe* (voir page 39), beaucoup plus que chez l'adulte, — c'est-à-dire par exemple qu'une agglutination positive à 1 p. 5 en six heures, ne l'est pas à 1 p. 10 ou 1 p. 15 en vingt-quatre heures, — nous voyons au contraire dans nos tableaux précédents toute une catégorie de cas, dans lesquels l'agglutination, nulle ou très faible au bout de six heures, devient nettement positive au bout de vingt-quatre heures : telles sont les *observations* 130, 139, 144, 149, 153, 157, 158. Ces agglutinations, dont on ne devrait chez l'adulte tenir aucun compte, nous semblent avoir chez l'enfant une tout autre importance, surtout dans les cas de tuberculose chirurgicale : on en doit tenir compte au moins à titre d'indication sérieuse ; et plusieurs fois même, devant une de ces agglutinations retardées très nettement positives, nous n'avons pas hésité à proclamer le séro-diagnostic positif. En somme, elles doivent être considérées comme intermédiaires entre les agglutinations négatives et les agglutinations positives. Au point de vue de leur signification, les agglutinations retardées semblent se voir *surtout dans les formes graves*, soit au point de vue général (mort dans les observations 144 et 153), soit au point de vue local (formes suppurées, formes à localisations multiples), sans qu'il y ait d'ailleurs rien d'absolument constant à cet égard : nous verrons en effet que quelques-unes sont passibles d'une tout autre interprétation.

B. SÉRO-RÉACTIONS NÉGATIVES.

Nous avons noté également cinq résultats *négatifs*, dans des cas d'affections tuberculeuses avérées. L'une (*observ. 129*) appartient à un mal de Pott guéri : les lésions tuberculeuses seraient-elles dans ce cas, suivant la pensée de Nøegeli et de Romberg (voir page 78), devenues « inactives ? » Une autre (*observ. 159*) concerne une ostéite du 1^{er} métatarsien, qui a guéri complètement en cinq mois, mais était en évolution au moment où l'on a fait le séro-diagnostic ; il est vrai que dans ce cas, il s'est produit au bout de vingt-quatre heures une légère agglutination (+ à 1 p. 3, ± à 1 p. 5), que nous n'avons toutefois pas jugée suffisante, étant donné l'âge de l'enfant, pour considérer la réaction comme positive.

Un troisième cas (*observ. 163*) est celui d'une fillette de 6 ans, atteinte d'un abcès périarticulaire du coude, que l'on croyait plutôt au début symptomatique d'une ostéite du cubitus de nature probablement ostéo-myélitique : l'ouverture de cet abcès montra que l'os était intact ; le pus, très épais, fut inoculé à un cobaye sans succès ; mais un second cobaye inoculé avec la membrane pyogénique mourut en six semaines avec une tuberculose généralisée typique : son sérum fut trouvé agglutinant à 1 p. 5.

Enfin les deux dernières observations (*Observ. 146 et 147*) ont trait à deux arthrites sèches du coude et du genou ; elles sont à rapprocher de l'observation 152 (arthrite sèche de l'épaule) dans laquelle l'agglutina-

tion est très faible (positive à 1 p. 3 seulement). Il semble donc que les *formes sèches soient moins agglutinantes* que les autres ; elles sont comparables à ce point de vue aux localisations purement osseuses qui, comme le montre le tableau XIV, fournissent toutes, ou des agglutinations très faibles ou des agglutinations retardées : or, il ne paraît pas que ces formes aient plus de gravité. Peut-être cette différence tient-elle, au contraire, à ce que les lésions exclusivement osseuses des ostéites et des arthrites sèches, sont en quelque sorte plus *locales*, à ce qu'elles réagissent moins sur les humeurs?... Mais on comprend qu'il ne s'agit là que d'une simple hypothèse.

En somme, qu'il s'agisse de réactions négatives, qu'il s'agisse d'agglutinations retardées, nous n'avons pu vérifier que très incomplètement chez l'enfant, l'hypothèse émise par Clément à propos de l'adulte, que les séro-réactions négatives ou faibles seraient en rapport avec les cas graves, les agglutinations fortes avec les cas bénins.

C. DISCUSSION DE QUELQUES CAS INTÉRESSANTS.

L'*observation 164* est un cas d'ostéomyélite subaigue du tibia, qui a fourni une agglutination nettement positive. Il s'agissait d'un enfant de 13 ans chez lequel s'était développée, depuis six mois, une tuméfaction douloureuse à la face interne du plateau tibial, donnant par endroits une sensation de grains. Or, à l'incision on trouva : « épaissement périostique ; l'os mis à nu

montre un petit perluis fongueux. La trépanation à la gouge conduit dans une cavité de la grosseur d'une olive, contenant du pus franc et quelques fongosités, mais pas de séquestre. » Il est certain que ce cas ressemble cliniquement beaucoup plus à de l'ostéomyélite qu'à de la tuberculose ; mais encore n'a-t-on de sa nature aucun contrôle histologique ou bactériologique ; et M. Nové-Josserand tout en portant le diagnostic d'ostéo-myélite, reconnaît très bien qu'il n'existe pas de raison péremptoire s'opposant à celui de tuberculose, auquel il se rallierait très volontiers si on lui en fournissait la preuve. Nous laissons à l'avenir le soin de préciser si une séro-agglutination positive constituait dans ce cas une preuve suffisante.

Les *observations 134 et 154* se rapportent toutes les deux à des enfants qui, après avoir eu de l'ostéomyélite, l'un du cubitus, l'autre du tibia, ont présenté à la suite des symptômes d'arthrite de la hanche en imposant pour de la coxalgie. En raison des antécédents ostéomyélitiques, on fut tout naturellement porté à croire qu'il s'agissait non pas d'une coxotuberculose, mais de phénomènes de même nature que les processus osseux antérieurs. Dans les deux cas, le séro-diagnostic tuberculeux fut très nettement positif. Or, l'enfant de l'observation 134 succomba au bout de six mois à une méningite tuberculeuse, et l'on vit que les lésions de l'articulation coxofémorale étaient aussi de nature tuberculeuse : le serodiagnostic avait eu raison. Quant à l'enfant de l'observation 154, il fit quelque temps après un épanchement dans son articulation du coude ; cet épanchement constitué par un liquide très filant,

ne donna lieu, ensemencé en bouillon, à aucune culture ; un cobaye inoculé ne devint pas tuberculeux. Il se forma de plus, au niveau de la partie supérieure de la cuisse un tout petit abcès paraarticulaire, qui fournit quelques gouttes de pus à staphylocoques. Cette observation est évidemment pour le moment d'une interprétation difficile : la nature des arthrites de la hanche et du coude reste indéterminée, car le résultat négatif de l'inoculation au cobaye ne prouve rien contre l'hypothèse de tuberculose, en faveur de laquelle plaiderait plutôt l'insuccès des cultures ; le petit abcès de la cuisse, au contraire, bien que ses rapports avec l'articulation ne soient pas absolument certains, constitue un argument de valeur en faveur de la staphylococcie. Mais, d'autre part, l'expérience qui résulte pour nous du cas précédent si semblable, nous montre que l'on peut également avoir des raisons de redouter encore ici la tuberculose. C'est pourquoi nous avons, dans nos tableaux, rangé cette observation parmi les cas cliniquement tuberculeux, bien qu'il eût mieux valu en faire un cadre spécial de « douteux ».

La petite de l'observation 143 présente une de ces « variétés particulières d'ostéo-arthrite de la hanche », sur lesquelles M. Nové-Josserand a attiré l'attention (1) : « Ce sont, dit-il, ces coxopathies de l'adolescence dont le groupe confus confine d'un côté aux simples

(1) NOVÉ-JOSSERAND. — Variété particulière d'une ostéo-arthrite de la hanche chez les enfants. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, janvier 1902, et *Annales de médecine et de chirurgie infantiles*, 15 août 1902.

douleurs de croissance, de l'autre à l'arthrite confirmée. Il s'agit d'enfants de 5 à 15 ans qui présentent une claudication légère et quelques douleurs à la hanche, dont les mouvements se limitent parfois un peu, surtout dans le sens de l'abduction. » Ces symptômes peuvent disparaître spontanément ou après quelques jours de repos ; mais ils peuvent aussi durer plusieurs semaines et même plusieurs mois, puis disparaître. La nature de cette affection est absolument indéterminée : s'agit-il d'arthrite sèche précoce, de syphilis, ou plutôt de tuberculose ou encore de rachitisme ou d'ostéomalacie ? Aucun élément ne permet de le décider. Dans un de ces cas toutefois, la nature tuberculeuse aurait été démontrée par l'évolution ultérieure. La séro-réaction nettement positive dans cette observation, nous fait tout naturellement penser à une semblable origine.

Dans les deux *observations 168 et 169*, le diagnostic était des plus difficiles entre lymphadénome et adénite tuberculeuse. Dans le premier cas, un garçon de 13 ans présentait un gros paquet ganglionnaire dans l'aisselle, à développement très rapide, composé de petits ganglions partiellement fusionnés entre eux, tout en conservant une certaine indépendance ; de petites masses ganglionnaires avaient envahi le creux sus-claviculaire : le diagnostic clinique était très hésitant. Le séro-diagnostic tuberculeux fut faiblement positif : (agglutination incomplète jusqu'à 1 p. 10). Or, le curage de l'aisselle montra qu'il s'agissait de ganglions caséeux reconnus tuberculeux par l'examen histologique, et dont l'inoculation au cobaye donna un résultat positif. De plus, l'enfant revenait un mois plus tard avec une

ostéite vraisemblablement bacillaire de la crête iliaque droite : le taux de l'agglutination recherché à ce moment, fut plus élevé que la première fois.

Dans le second cas, un enfant de 5 ans présentait également une grappe ganglionnaire occupant toute la partie latérale gauche du cou, depuis la région rétro-maxillaire jusqu'au moignon de l'épaule. Le diagnostic porté fut lymphadénome. Mais le séro-diagnostic fut nettement positif à trois reprises : et trois mois plus tard on constata que la tumeur ganglionnaire avait diminué de moitié, phénomène qui est assez en rapport avec l'hypothèse d'adénite tuberculeuse.

Enfin l'enfant de l'*observation 170* vint en avril dernier consulter M. Nové-Josserand pour des phénomènes douloureux dans la fosse iliaque droite ; on sentait le long du côlon un empâtement assez vague, sur lequel M. Nové-Josserand ne put se prononcer ; le séro-diagnostic tuberculeux avait été positif (agglutination complète à 1 p. 3, incomplète à 1 p. 5), Or, un mois après, l'enfant revenait, les accidents ayant empiré, pour se faire opérer ; et la laparotomie révélait une tuberculose typique du cœcum.

Ces six ou sept observations, qui se rapportent toutes à des cas intéressants, sont publiées en détail dans notre chapitre « Observations ». Nous avons cru bon d'y insister un peu ici, pour tâcher de faire saisir — en dehors des cas ordinaires de la clinique courante, — les avantages que l'on est en droit d'espérer de la séro-réaction tuberculeuse, dans le diagnostic de certaines formes de tuberculose chirurgicale de l'enfant, sur l'origine desquelles plane encore une profonde obscurité.

QUATRIÈME PARTIE

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

SUR LE

SÉRO-DIAGNOSTIC TUBERCULEUX CHEZ L'ENFANT

STATISTIQUES. — RÉSUMÉ

Nous avons jusqu'à présent, suivant le programme que nous nous étions tracé, étudié la séro-réaction tuberculeuse à un point de vue exclusivement clinique, à la façon d'un symptôme dont nous avons envisagé les modifications, non seulement suivant les diverses formes d'affections tuberculeuses, mais encore, quand nous le pouvions, suivant les différentes phases de l'évolution de la tuberculose chez un même sujet. Dans ces conditions, on conçoit que nos résultats, soumis naturellement à la contingence inhérente aux maladies et aux malades, se prêtent difficilement à l'inflexibilité des cadres de la statistique, — sauf pour quelques groupes bien caractérisés, tels que la tuberculose des séreuses ou les diverses tuberculoses chirurgicales, au sujet desquels nous avons déjà pu dresser des statistiques particulières.

Envisageant maintenant la question, non plus au point de vue clinique, mais au point de vue de la séro-réaction tuberculeuse elle-même, nous avons essayé de condenser tous nos résultats dans un chapitre d'ensemble, de façon à pouvoir établir des comparaisons avec ceux obtenus par les différents

auteurs et d'en dégager, si possible, les conditions générales qui dominent la pratique du séro-diagnostic tuberculeux chez l'enfant.

I. Statistique générale

Nous avons examiné, au point de vue du séro-diagnostic tuberculeux, 170 enfants (125 atteints d'affections médicales, 45 d'affections chirurgicales), au sujet desquels nous avons fait plus de 230 agglutinations.

Ces 170 enfants peuvent se diviser ainsi :

Cliniquement tuberculeux.....	105
Cliniquement non tuberculeux.....	47
Douteux.....	18

Au point de vue du séro-diagnostic tuberculeux, nous les répartissons en trois groupes, suivant qu'ils ont fourni une séro-réaction complètement positive (+), incomplètement positive ($\pm$), ou négative (—) :

A. Enfants cliniquement tuberculeux. Nombre : = 105.

Réactions + ...	76	soit : 72,38 %	} 87,62 %
» $\pm$	16	» 15,24 »	
» —	13	» 12,38 »	

se répartissant ainsi :

a) Cas médicaux. Nombre : 65.

Réactions + ...	50	soit : 77 %	} 87,7 %
» $\pm$	7	» 10,7 »	
» —	8	» 12,3 »	

b) Cas chirurgicaux. Nombre : 40.

Réactions + ...	26	soit : 65	%	} 87,5	%
» ±	9	» 22,5	»		
» —	5	» 12,5	» 12,5		

B. Enfants cliniquement non tuberculeux (en comprenant dans ce groupe, non pas seulement les enfants sûrement non tuberculeux, mais encore certains cas, tels que : les épilepsies Jacksonniennes, tumeurs cérébrales, etc., affections à propos desquelles on ne porte pas *en clinique* le diagnostic de tuberculose, mais qui, *en réalité*, peuvent très bien ressortir à l'infection bacillaire). Nombre : = 47.

Réactions —	41	soit : 87,23	%
» ±	0	» 0	
» + ...	6	» 12,76	%

C. Enfants douteux (en comprenant dans ce groupe, à côté des 17 cas médicaux classés comme douteux, l'observation 29 des affections chirurgicales, qui a déjà été l'objet d'une longue discussion). Nombre : = 18.

Réactions + ...	9	soit : 50	%	} 55,55 %
» ±	1	» 5,55	»	
» —	8	» 44,44	» 44,44 »	

Rappelons, à ce propos, que dans leur dernière statistique, ARLOING et P. COURMONT (19) (Congrès de Londres, juillet 1901), ont obtenu :

Chez les malades tuberculeux, d'après la clinique :

Réactions + ...	87,9	%
» —	12,1	%

Chez les malades non tuberculeux, d'après la clinique :

Réactions + ...	34,6 %
» —	65,4 %

H. CLÉMENT (20), dans sa thèse, avait, nous l'avons vu, pour les affections chirurgicales : 74,54 % de séro-agglutinations positives et 25,65 % de réactions négatives.

Nous ne parlerons pas des autres statistiques publiées, dont la plupart donnent des chiffres sensiblement concordants, ne voulant ici tenir compte que des recherches faites dans des conditions de clinique et de laboratoire absolument identiques aux nôtres.

Nous voyons donc que, même en nous en tenant à une statistique très générale, les résultats du séro-diagnostic tuberculeux chez l'enfant ne le cèdent en rien en précision à ceux obtenus chez l'adulte.

II. Statistique d'après le taux de l'agglutination chez l'enfant tuberculeux

Ne considérant, maintenant, que les affections *cliniquement tuberculeuses*, nous trouvons, si nous les étudions d'après le taux de l'agglutination, que :

Sur 105 cas cliniquement tuberculeux, l'agglutination a été :

Négative	43	fois, soit dans	12,38 % des cas
Incomplète	9	» »	8,57 » »
Positive à 1 p. 3	29	» »	27,62 » »
» à 1 p. 5	26	» »	24,76 » »
» à 1 p. 10	41	» »	40,47 » »
» à 1 p. 15	47	» »	46,20 » »

Le simple examen de ce tableau montre que ce sont surtout les réactions faibles (+ 1 p. 3 et 1 p. 5) et les réactions incomplètes ou négatives qui dominent nettement, jusqu'à former à elles quatre un total de 73,33 % des cas. Ce qui confirme une fois de plus ce résultat, que nous avons déjà signalé à maintes reprises et qui ressort, d'ailleurs, de la lecture même de nos observations, que *le taux moyen de l'agglutination est chez l'enfant plus faible que chez l'adulte*: une agglutination à 1 p. 3 et 1 p. 5, dont chez l'adulte on ne doit pas tenir compte, constitue chez l'enfant une agglutination déjà très notable.

III. Statistique d'après l'âge chez l'enfant tuberculeux

L'enfant ne constituant pas un être univoque, mais essentiellement variable avec l'âge, il nous a paru intéressant d'étudier les variations du taux de l'agglutination, suivant l'âge des enfants. Les résultats de cette étude comparative sont énoncés dans le tableau suivant, dans lequel nous considérons, d'année en année, le nombre des séro-réactions *a*, *négatives*; *b*, *incomplètement positives*, c'est-à-dire dans les-

quelles l'agglutination a été incomplète jusqu'à un taux assez élevé, sans jamais être complète, même à 1 p. 3 (par exemple : $\pm$ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15, en 6 heures, est un type de nos agglutinations incomplètes); *c*, et enfin *positives* (agglutination complète, à : 1 p. 3, 1 p. 5, 1 p. 10 et 1 p. 15).

TABLEAU XVI

Séro-réaction d'après l'âge chez l'enfant tuberculeux.

ANNÉES	SÉRO-REACTIONS						Total	
	Néga- tives	Incom- plètes	Positives					
			1p.3	1p.5	1p.10	1p.15		
De 0 an à 1 an	0	0	1	0	0	1	2	5 nourrissons
» 1 » 2 ans	2	0	1	0	0	0	3	
» 2 » 3 »	1	1	1	0	0	0	3	23 petits enfants
» 3 » 4 »	1	2	0	0	1	1	5	
» 4 » 5 »	1	1	3	2	0	0	7	
» 5 » 6 »	1	0	1	2	1	3	8	
» 6 » 7 »	3	0	3	0	0	1	7	
» 7 » 8 »	0	1	5	5	0	1	12	73 grands enfants
» 8 » 9 »	0	0	3	3	0	0	6	
» 9 » 10 »	1	0	1	0	1	1	4	
» 10 » 11 »	1	1	1	2	2	1	8	
» 11 » 12 »	1	1	1	0	1	1	5	
» 12 » 13 »	1	1	1	1	0	2	6	
» 13 » 14 »	0	0	2	4	0	0	6	
» 14 » 15 »	0	0	5	6	4	4	19	
D'âge inconnu...	0	1	0	1	1	1	4	
Totaux.....	13	9	29	26	11	17	105	

Et en divisant, suivant les trois périodes de l'enfance, en agglutinations *négatives ou incomplètes, faiblement positives* (+ 1 p. 3 et 1 p. 5), et *fortement positives* (+ 1 p. 10 et 1 p. 15), nous arrivons aux résultats suivants :

ENFANTS TUBERCULEUX	AGGLUTINATIONS		
	Négatives incomplètes	Faiblement +	Fortement +
Nourrissons	40 %	40 %	20 %
Petits enfants.....	34, 78 %	39, 12 %	26, 10 %
Grands enfants.....	15 %	58, 90 %	26, 10 %

D'après ce tableau, on voit donc que, à mesure que l'on passe des nourrissons aux grands enfants, la proportion des agglutinations négatives ou incomplètes baisse de 40 à 15 %, et qu'inversement celle des agglutinations fortes augmente de 20 à 26 %. Quant aux agglutinations à 1 p. 3 et à 1 p. 5, de 40 % environ chez les nourrissons et les petits enfants, elles passent à 59 % chez les grands enfants; à tous les âges de l'enfance, elles occupent le premier rang; c'est donc à juste titre que l'on doit les considérer comme donnant le taux moyen de l'agglutination chez les enfants tuberculeux.

IV. Agglutinations incomplètes et agglutinations retardées

Les agglutinations incomplètes et les agglutinations retardées (ces dernières spéciales au jeune âge), ont chez l'enfant une très grande importance : les premières surtout dans les cas de tuberculose aiguë : les secondes presque exclusivement dans le cas de tuberculose chirurgicale. Elles se voient le plus souvent, soit dans des cas graves, soit au contraire dans des cas bénins, à réaction purement locale. On en doit toujours *tenir compte, au moins à titre d'indication sérieuse* : elles peuvent être considérées comme intermédiaires entre les séro-réactions complètement négatives et les séro-réactions franchement positives.

V. La séro-réaction chez le nouveau-né et l'enfant normal

Nous n'avons jamais obtenu la moindre agglutination même à 1 pour 1, avec le sérum des nouveaux-nés, issus ou non de souche tuberculeuse, pas plus qu'avec le sérum des enfants normaux au-dessus de 8 ou 10 ans ; au-dessus de cet âge on peut observer, en dehors de toute affection tuberculose des agglutinations à 1 pour 1 et même 1 pour 3 : mais ces agglutinations ont toujours été incomplètes ; jamais nous n'avons eu une réaction franchement positive. Par suite, chez le jeune enfant, on devra tenir compte de la moindre

ébauche d'agglutination; chez le grand enfant au contraire, il faudra se méfier de la possibilité d'un léger pouvoir agglutinant normal.

VI. La séro-réaction dans les tuberculoses médicales

Il faut au point de vue du séro-diagnostic faire d'emblée une distinction entre les tuberculoses à évolution lente et les tuberculoses à marche aiguë.

A. TUBERCULOSES CHRONIQUES, A ÉVOLUTION LENTE.

D'une façon générale dans les cas de tuberculose chronique, à évolution lente, à quelque forme qu'ils appartiennent, l'agglutination est très nette, et atteint le plus souvent un taux assez élevé.

1° *Tuberculose pulmonaire (forme commune).*

a. Tuberculose au début. — Par sa netteté et sa constance la séro-agglutination est dans ces cas de la plus haute importance, car elle permet d'affirmer le diagnostic de tuberculose, à une période où la plupart du temps la clinique n'a pas encore pu se prononcer. Il semble que souvent une agglutination forte soit en rapport avec une forme bénigne.

b. Tuberculose à la période de ramollissement et d'excavation. — D'une utilité secondaire au point de vue du diagnostic, la séro-réaction donne ici des renseignements précieux sur la marche de la maladie : dans les cas, en effet, que nous avons pu suivre

jusqu'à la mort, nous avons vu le pouvoir agglutinant baisser peu à peu au fur et à mesure même que progressaient les lésions, jusqu'à arriver à être nul ou à peu près au moment de la mort.

c. Formes graves. — Dans les formes graves de tuberculose pulmonaire, dans les cas à marche rapide, le pouvoir agglutinant s'est montré très faible ou même absent.

2° Tuberculose des séreuses.

Dans le cas de tuberculose des séreuses, qu'il s'agisse de *péritonites*, de *pleurésies*, de *péricardites*, nous avons trouvé la séro-réaction positive dans plus de 70 % des cas (73 % pour les péritonites, 80 % pour les pleurésies, 100 % pour les péricardites). Quand nous avons pu le faire, le séro-diagnostic de l'épanchement nous a toujours donné des résultats en concordance avec celui du sérum sanguin, avec une agglutination un peu moins forte cependant. Les faits négatifs se rapportent pour la plupart à des formes graves ayant abouti rapidement à la mort.

Le séro-diagnostic tire ici une importance toute particulière du fait qu'il est souvent le seul symptôme permettant d'affirmer la nature tuberculeuse d'un épanchement, en particulier dans les pleurésies qui chez l'enfant ressortissent pour la moitié des cas à une origine non bacillaire. Dans plusieurs cas même (dans la pleurésie de l'observation 82, et dans la péricardite de l'observation 100 par exemple) la séro-réaction a eu raison contre la clinique, en dévoilant la nature tuberculeuse de l'affection.

3^o *Tuberculoses atypiques.*

C'est surtout dans ce groupe de faits que le séro-diagnostic acquiert sa plus haute valeur en décelant la véritable nature de ces anémies suspectes, de ces tuberculoses latentes ganglionnaires ou viscérales devant lesquelles le clinicien se trouve presque toujours désarmé. Comme il s'agit dans la plupart de ces cas de tuberculose à marche insidieuse et à évolution lente, l'agglutination s'y montre presque toujours très nette et à un taux assez élevé, ce qui élimine en général toute incertitude.

B. TUBERCULOSES AIGÜES.

Dans les tuberculoses aiguës au contraire, l'agglutination est toujours très faible.

Toutefois c'est seulement dans la *granulie généralisée*, à prédominance pulmonaire, forme appartenant à tous les âges de l'enfant, que nous l'avons trouvée complètement négative.

Dans la *méningite tuberculeuse* (que nous considérons comme une granulie méningée et non comme une tuberculose des séreuses), et dans la *broncho-pneumonie tuberculeuse*, — les deux formes les plus fréquentes de la tuberculose chez le jeune enfant, — la séro-réaction s'est montrée positive, mais faiblement (+ à 1 pour 3, ou $\pm$ à 1 pour 3, $\pm$ à 1 pour 5). Néanmoins, étant donné qu'il s'agit presque toujours de jeunes enfants, dont le pouvoir agglutinant normal est absolument nul, cette réaction constitue malgré sa faiblesse un indice de la plus grande valeur pour le

diagnostic souvent si épineux de ces tuberculoses aiguës.

C. AFFECTIONS NON TUBERCULEUSES.

Nous avons examiné une quarantaine de cas d'affections *sûrement non tuberculeuses* ayant ou non simulé à un moment donné la tuberculose. Il s'agissait soit de troubles pulmonaires pouvant en imposer pour de la tuberculose au début, soit de broncho-pneumonies banales, soit d'accidents méningés rappelant plus ou moins la méningite tuberculeuse, soit encore d'affections très diverses pouvant faire penser à une tuberculose atypique. Dans tous ces cas *la séro-réaction a été complètement négative.*

VII. La séro-réaction dans les tuberculoses chirurgicales

Parmi les affections chirurgicales tuberculeuses de l'enfant, dans l'immense groupe des localisations ostéo-articulaires (maux de Pott, coxalgies, tumeurs blanches) l'agglutination s'est montrée positive dans 90 % des cas, à des taux divers, mais toujours suffisants pour permettre le diagnostic. Dans les localisations purement osseuses au contraire, ainsi que dans les formes osseuses, sèches, des ostéoarthrites, la séro-réaction a été extrêmement faible ou même nulle.

Enfin les tuberculoses ganglionnaires ou viscérales fournissent en général des agglutinations fortes ou du

moins très nettes, fait d'autant plus heureux que c'est surtout dans les affections de ce genre que se rencontrent les grandes difficultés de diagnostic.

Nous avons déjà noté que c'était dans les cas de tuberculose chirurgicale de l'enfant que se voyaient presque exclusivement les agglutinations retardées; et nous avons insisté sur l'importance qu'il fallait leur accorder.

Le séro-diagnostic tuberculeux est peut-être appelé à rendre de grands services dans toute une catégorie d'affections articulaires ou osseuses des enfants, dont la nature est encore actuellement mal déterminée.

VIII. Essai de séro-pronostic

Toutes les considérations précédentes nous montrent que la séro-réaction d'Arloing-Courmont, dans les conditions où nous l'avons employée, constitue en somme le meilleur procédé auquel on puisse avoir recours pour le diagnostic de la tuberculose infantile.

Peut-on aller plus loin, et tirer de la réaction agglutinante des conclusions pronostiques certaines? Peut-on, en un mot, à côté de séro-diagnostic parler de séro-pronostic ?

Nous n'oserions l'affirmer.

Nous avons bien vu que dans les cas de tuberculose pulmonaire que l'on pouvait suivre jusqu'à la fin, le pouvoir agglutinant baissait au fur et à mesure que progressaient les lésions; nous avons bien vu qu'aux formes graves correspondait une agglutination très

faible ou nulle; qu'il en était de même pour les tuberculeuses à évolution aiguë; que les cas bénins au contraire se traduisaient en général par des agglutinations élevées. Et à maintes reprises nous avons pu porter des pronostics que l'évolution ultérieure de la maladie est presque toujours venue confirmer.

Toutefois nous avons observé aussi des exceptions: nous avons vu des cas très graves présenter des agglutinations assez fortes, même peu de temps avant la mort (*observation 5*); nous avons vu d'autre part des agglutinations faibles, très faibles même, dans des cas certainement bénins, en particulier dans les tuberculeuses chirurgicales; et nous pensons qu'une séro-réaction peu élevée indique, aussi bien qu'une forme grave, un processus bénin à réaction essentiellement locale.

Dans ces conditions, on conçoit que nous réservions complètement la question du séro-pronostic. Ce point particulier mérite une étude longue et complète comprenant un très grand nombre de cas de toutes les catégories, suivis durant toute leur évolution de façon à ce qu'on puisse dresser de leur pouvoir agglutinant des courbes analogues à celles que P. Courmont (1) a pu établir chez les typhiques. Alors seulement on pourra apprécier en toute connaissance de cause si la réaction d'Arloing-Courmont permet non seulement de dépister la tuberculose, mais encore de prédire ce que sera cette tuberculose.

(1) P. COURMONT. — Séro-pronostic de la fièvre typhoïde. *Thèse de Lyon*, 1897.

CINQUIÈME PARTIE

PIÈCES JUSTIFICATIVES

OBSERVATIONS ET EXPÉRIENCES

Nous publions nos observations dans l'ordre même des chapitres du texte qui gardent les mêmes titres. Chaque observation possède évidemment le même numéro que dans les tableaux.

Sauf une quinzaine d'observations empruntées à la thèse de Buard ou au mémoire d'Hawthorn, toutes nos observations sont inédites. Elles ont été recueillies à la Charité dans les services de MM. Weill, Audry et Nové-Josserand.

Les observations banales, de cas appartenant à la clinique courante, sont extrêmement résumées. Celles plus intéressantes, sont au contraire publiées avec les détails nécessaires.

OBSERVATIONS

DE

TUBERCULOSE MÉDICALE

CHAPITRE 1^{er}

TUBERCULOSE PULMONAIRE

I. — Tuberculose pulmonaire chronique

A. — TUBERCULOSES ÉVIDENTES

Observation 1. — *Tuberculose pulmonaire à forme lente; excavation du sommet gauche.*

Bouv. Françoise, 13 ans, salle Saint-Ferdinand, 32, entrée le 27 janvier 1900.

Antécédents. — Mère morte de tuberculose pulmonaire; un frère mort de méningite tuberculeuse; une sœur morte en bas âge de broncho-pneumonie.

Histoire. — Tousse l'hiver depuis l'âge de 7 ans. Depuis 2 mois la toux s'est aggravée; expectoration parfois striée de sang; douleurs thoraciques; affaiblissement et anémie; température autour de 38°.

A l'examen (27 janvier 1900) : signes nets d'excavation au S. G.

Au bout de quelque temps, la fièvre tombe, et la petite est envoyée à l'hôpital maritime de Gien, d'où elle revient le 15 juin 1901; l'état général est très bon; l'augmentation

de poids est notable. Les signes physiques d'excavation du S. G. sont absolument les mêmes.

12 janvier 1902. — Depuis quelque temps déjà, la petite maigrit et s'affaiblit progressivement. Fièvre avec température à grandes oscillations. Anémie très marquée. Toux fréquente et intense. A l'examen : signes de grosse caverne aux deux sommets, avec signes de ramollissement et d'infiltration au-dessous, plus accusés à droite.

1^{er} mars. — Aggravation progressive; les lésions s'étendent; fièvre hectique; état général très mauvais. Meurt le 6 avril.

AUTOPSIE. — A chaque sommet : caverne du volume d'une grosse orange; au-dessous : parenchyme parsemé de noyaux caséux, confluent en plusieurs points et ressemblent à du fromage de Roquefort. Lésions un peu moins avancées à la base gauche.

EXPÉRIENCES. — 1^o *Bacilloscopie des crachats.*

Le 12 décembre 1901, les crachats fourmillent de bacilles de Koch.

2^o *Sero-diagnostic tuberculeux.*

a) 12 décembre 1901 :

++ 1 p. 3, ++ 1 p. 5, + 1 p. 10, — 1 p. 15 en 6 et 24 h.
Culture formolée de 10 jours. Etalon : + 1 p. 10, ± 1 p. 15 en 6 h

b) 12 janvier 1902 :

++ 1 p. 3, + 1 p. 5, ± 1 p. 10 — 1 p. 15 en 6 heures.
Culture formolée de 48 h. Etalon : + 1 p. 10, — 1 p. 15 en 6 h.

c) 5 mars 1902 :

+ 1 p. 3, — 1 p. 5 en 6 h. et 24 h.)
Culture formolée de 3 jours. Etalon : + 1 p. 15 en 6 h.

d) 4 avril 1902 :

— 1 p. 3 en 6 et 24 h.)
Culture formolée de 35 jours. Etalon : + 1 p. 15 en 4 h.

Observation 2. — *Tuberculose pulmonaire : ramollissement du S. D.; lésions de début du S. G.*

March. Fanny, 5 ans; salle Saint-Ferdinand, 38; entrée le 1^{er} août 1901.

Antécédents. — Pas d'antécédents de tuberculose.

Histoire. — Fluxion de poitrine, rougeole, coqueluche antérieurement.

Tousse depuis un mois et demi. Matité du sommet droit; avec respiration soufflante et râles sous-crépitaux. Respiration saccadée sous la clavicule gauche. Température irrégulière.

12 janvier 1902. — Râles sous-crépitaux éclatants dans tout le poumon droit, plus nombreux et plus éclatants au sommet, où il existe de plus du souffle et de la matité, et même un peu de gargouillement après la toux, aussi bien en arrière qu'en avant. Poumon gauche : râles au sommet seulement. Assez bon état général; température : 38-39 avec oscillations de 1° à 1° $\frac{1}{2}$. Bon appétit, mais vomissements fréquents. Poids stationnaire.

1^{er} mars. — Les lésions deviennent rapidement envahissantes; température à grandes oscillations; état général mauvais.

4 avril. — Est morte ce matin.

Pas d'autopsie.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

a) 12 janvier 1902 :

+ 1 p. 3, + 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, — 1 p. 15 en 6 et 24 h :

Culture formolée de 2 jours. Etalon : + 1 p. 10 — 1 p. 15 en 6 h.

b) 5 mars :

+ 1 p. 3, — 1 p. 5 en 6 et 24 heures.

Culture formolée de 3 jours. Etalon : + 1 p. 10, + 1 p. 15 en 6 h.

c) 2 avril :

? 1 p. 3, — 1 p. 5 en 6 et 24 heures.

Culture formolée de 35 jours. Etalon : + 1 p. 15 en 4 h.

Observation 3. — *Infiltration tuberculeuse du poumon gauche.*

Cas. Pauline, 5 ans et demi; salle Saint-Ferdinand, 9; entrée le 27 janvier 1902.

Antécédents. — Pas d'antécédents de tuberculose.

Histoire. — Coqueluche en mars-avril 1901. Affection aiguë le 3 novembre 1901, améliorée en 10 jours (pneumonie?)

Le 20 décembre, reprise des phénomènes aigus; signes de bronchite; température: 38-39.

Actuellement: Matité à la base gauche; obscurité; pas de flot, ni d'égophonie; vibrations abolies.

11 janvier 1901. — Mêmes signes physiques, mais fièvre plus forte.

22 janvier. — Fièvre très élevée. Quelques crachats purulents rendus dans des vomissements. Souffle avec gargouillement derrière la pointe de l'omoplate gauche. S'agit-il de tuberculose ou d'une pleurésie interlobaire?

18 février. — Matité et abolition des vibrations sur toute la hauteur du poumon gauche. Signes cavitaires très nets au sommet; obscurité à la base.

11 mars. — Hémoptysie très abondante, très grande faiblesse, mêmes signes d'auscultation.

4 avril. — Température à grandes oscillations. Amaigrissement considérable à la suite de l'hémoptysie.

Depuis huit jours cependant, elle reprend un peu.

27 avril. — Toujours température à grandes oscillations; signes cavitaires derrière l'omoplate gauche, et signes d'infiltration dans le reste du poumon.

17 mai. — La petite est morte chez elle.

Pas d'autopsie.

EXPÉRIENCES. — 1^o *Bacilloscopie des crachats.*

a) 27 janvier: Assez nombreux bacilles de Koch.

b) 5 mars: Crachats fourmillent de bacilles de Koch.

2° *Séro-diagnostic tuberculeux.*

a) 12 janvier 1902 :

+ 1 p. 3, + 1 p. 5, + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 heures.

Culture formolée de 2 jours. Etalon : + 1 p. 10, — 1 p. 15 en 6 h.

b) 26 janvier :

+ 1 p. 3, + 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, — 1 p. 15 en 6 h.

Culture formolée de 2 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h,

c) 5 mars :

+ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5, — 1 p. 10 en 6 heures).

Culture formolée de 3 jours. Etalon : + 1 p. 15 en 6 h.

d) 15 mars : — 1 p. 3.

Culture formolée de 15 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

e) 4 avril :

+ 1 p. 3, — 1 p. 5 en 6 heures.

Culture formolée de 35 jours. Etalon : + 1 p. 15 en 4 h.

f) 27 avril :

$\pm$ 1 p. 3, — 1 p. 5 en 6 heures.

Culture formolée de 13 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 4. — *Infiltration tuberculeuse du poumon gauche.*

Mol. François, 7 ans, salle Sainte-Aline, 13; entré le 8 janvier 1902,

Histoire. — A déjà fait en 1901 un séjour dans la salle, avec le diagnostic : infiltration de la base du poumon gauche; écrouelles.

Le diagnostic s'affirme au second séjour : râles et souffle dans toute la hauteur du poumon gauche, avec à la base : gros râles humides à timbre amphorique. Bon état général.

25 avril. — Poumon gauche : submatité; nombreux râles de différentes grosseurs, à timbre caverneux, plus confluent

à la base qu'au sommet. Pas de signes d'épanchement. Au sommet droit en avant : submatité et râles humides.

26 juin. — Température à grandes oscillations.

9 septembre. — Toux et expectoration purulente. Toujours nombreux râles de tous calibres sur toute la hauteur à gauche. Quelques frottements et craquements fins à la base droite.

Malgré cela : assez bon appétit et assez bon état général.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

a) 19 janvier 1902 :

++ 1 p. 3, + 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, — 1 p. 15 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 9 j. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 7 h.

b) 27 avril :

++ 1 p. 3, — 1 p. 5 en 6 heures.

Culture formolée de 13 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

c) 26 juin :

$\pm$ 1 p. 3, — 1 p. 5 en 6 heures.

Culture formolée de 30 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 4 h.

Observation 5.— *Infiltration de tout le poumon droit avec excavation au sommet ; ramollissement du sommet gauche.*

Grif. Marie, 10 ans, salle Saint-Ferdinand, 8; entrée le 2 avril 1902.

Antécédents. — Mère morte tuberculeuse.

Histoire. — Bien portante jusqu'à ces derniers temps. Tousse depuis 5 ou 6 mois; puis progressivement : toux fréquente; expectoration muco-purulente; anorexie, vomissements; sueurs; amaigrissement; affaiblissement; température très irrégulière.

Aux poumons : Signes d'une très volumineuse caverne au S. droit, avec signes de ramollissement de tout le poumon droit. Craquements humides au sommet gauche.

25 mai. — A eu la rougeole (4-25 mai). Revient du service des rougeoles avec une pleurésie purulente de la base droite. Mauvais état général.

Meurt le 14 juin.

AUTOPSIE. — Poumon droit transformé en une bouillie tuberculeuse retenue simplement par les plèvres pariétale et médiastine épaisses et adhérentes à la paroi, et traversée par quelques trainées qui persistent. Le poumon gauche a son lobe supérieur occupé par une vaste caverne. Broncho-pneumonie tuberculeuse du lobe inférieur gauche.

Foie gras énorme. Rien de remarquable aux autres viscères.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

a) 4 avril :

++ 1 p. 3, ++ 1 p. 5, + 1 p. 10, — 1 p. 15 en 6 h.

Culture formolée de 35 jours. Etalon : + 1 p. 15 en 4 h.

b) 30 mai :

+ 1 p. 3, ± 1 p. 5, ? 1 p. 10, — 1 p. 15 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 6 jours. Etalon : + 1 p. 10, ± 1 p. 15 en 4 h.

Observation 6. — *Ramollissement des deux sommets, plus avancé à gauche.*

Guill. Anastasie, 14 ans, salle Saint-Ferdinand, 13; entrée le 21 janvier 1902.

Antécédents. — Pas d'antécédents de tuberculose.

Histoire. — Début date d'un mois seulement; point dans le côté gauche; toux; un peu de fièvre (38-39). Amaigrissement et affaiblissement rapides.

Ramollissement très accusé de tout le sommet gauche. Quelques craquements humides au sommet droit.

Expectoration muco-purulente; température à oscillations.

14 février. — Les lésions évoluent rapidement. La petite part dans le Midi.

Est morte autour du 1^{er} mai. Pas d'autopsie.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

a) 26 janvier :

± 1 p. 3, ± 1 p. 5, ± 1 p. 10, — 1 p. 15 en 6 h.

Culture formolée de 2 jours. Etalon : + 1 p. 10, ± 1 p. 5 en 6 h.

b) 13 février :

± 1 p. 3, ± 1 p. 5, — 1 p. 10 en 6 heures.

Culture formolée de 20 jours. Etalon : + 1 p. 10, ± 1 p. 15 en 6 h.

Observation 7. — *Infiltration tuberculeuse du poumon gauche.*

Mon. Prosper, 11 ans; salle Sainte-Aline, 9; entré le 12 février 1902.

Antécédents. — Pas d'antécédents de tuberculose.

Histoire. — Tousse depuis le mois d'août 1901 par quintes au début (coqueluche ?) Depuis il a perdu l'appétit, a maigri, est triste.

Actuellement : faciès pâle et amaigri. Toux fréquente, non quinteuse; dyspnée d'effort. Aux poumons : râles de bronchite à gauche; ronflements et sibilances avec quelques gros râles bulleux à peu près aussi confluent à la base qu'au sommet, en avant qu'en arrière. Expectoration mucopurulente.

25 février. — Aggravation; fièvre à oscillations; ramollissement du sommet gauche.

15 mars. — Vient d'avoir la rougeole. La tuberculose évolue rapidement : signes cavitaires à gauche; râles de bronchite dans les deux poumons.

30 mars. — Entre au service des diphtéries, où il meurt 2 ou 3 jours après.

EXPÉRIENCES — 1^o *Bacilloscopie des crachats*, positive à plusieurs reprises.

2^o Séro-diagnostic tuberculeux.

a) 19 février 1902 :

$\pm$ 1 p. 3, — 1 p. 5 en 6 heures.

+ 1 p. 3, + 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 5 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

b) 15 mars :

— 1 p. 3 en 6 et 24 heures.

Culture formolée de 15 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 8. — *Ramollissement du sommet droit.*

Dugr. Jeanne, 4 ans; salle Saint-Ferdinand, 41; entrée le 16 février 1902.

Antécédents. — Sa mère a eu deux fausses couches; un enfant mort de broncho-pneumonie; un autre enfant vivant et bien portant.

Histoire. — A toujours été chétive, mais n'a jamais fait de maladies sérieuses.

Coqueluche il y a trois mois; a toujours toussé depuis.

Depuis 10 jours : toux coqueluchoïde plus intense; anorexie; amaigrissement; dyspnée légère; expectoration muco-purulente; température à oscillations (39°3, 37°8).

Les deux poumons sont encombrés de râles humides sous-crépitants sur toute leur hauteur. Au sommet droit, la respiration est rude, et sous la clavicule droite les râles sont plus nombreux et ont un timbre plus éclatant.

5 mars. — Emmenée par sa famille. Depuis 5 ou 6 jours elle toussait davantage et s'amaigrissait rapidement. Les signes s'accroissaient au sommet droit, et la fièvre prenait le type à grandes oscillations (39,5-37,5).

EXPÉRIENCES. — 1^o *Bacilloscopie des crachats*, positive.

2^o *Radioscopie.* — Grosse ombre transversale bilatérale au niveau des ganglions trachéo-bronchiques.

3^e Séro-diagnostic tuberculeux.

19 février 1902 :

+ 1 p. 3, — 1 p. 5 en 6 heures.

Culture formolée de 5 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 9. — *Excavation du sommet gauche; ramollissement du sommet droit.*

P. Sébastien, 11 ans; salle Sainte-Aline, 11; entré le 11 juin 1902.

Forme à marche rapide; symptômes banals; température à grandes oscillations.

EXPÉRIENCES. Séro-diagnostic tuberculeux.

26 juin :

++ 1 p. 3, — 1 p. 5 en 6 heures.

++ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 5 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 10. — *Excavation du poumon gauche.*

Desm. François, 12 ans et demi; salle Sainte-Aline, 10; entré le 8 mai 1902.

Antécédents. — Parents ont eu 21 enfants, dont 2 seulement sont vivants; une fille est morte tuberculeuse; on ignore les causes de la mort des autres.

Histoire. Tousse depuis un an. Aggravation depuis un mois et demi. S. cavitaires avec gargouillement sous la clavicule gauche; température à grand oscillations. Mauvais état général.

EXPÉRIENCES. Séro-diagnostic tuberculeux.

26 juin :

$\pm$ 1 p. 3, — 1 p. 5 en 6 et 24 heures.

Culture formolée de 5 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 11. — *Infiltration tuberculeuse des deux sommets; caverne au sommet droit.*

Gros. Marthe, 12 ans $\frac{1}{2}$; salle Saint-Ferdinand, 16; entrée le 5 juin 1900.

Antécédents. — Pas d'antécédents de tuberculose nets.

Histoire. — A toujours toussé, mais davantage depuis un mois. Depuis 15 jours, fièvre avec état aigu; amaigrissement; mauvais état général. Aux poumons: signes d'infiltration, râles et souffle aux 2 sommets, nettement cavitaires au S. D. en avant.

Novembre 1900. — La température a été peu élevée dès le début, oscillant autour de 38° pendant tout le mois de juin; en juillet périodes d'apyrexie qui l'emportent; en août, apyrexie complète. Augmentation de poids de juin à novembre: 9 kilogr. Persistance des signes cavitaires sous la clavicule droite.

2 février 1901. — A engraisé; tousse peu; ne crache pas; apyrexie. Signes cavitaires sous la clavicule droite; signes de ramollissement au S. D. en arrière.

18 mars. — Au sommet droit, souffle cavitaire avec gargouillement, pot fêlé; matité, V+, immobilité de la paroi. Quelques râles sonores disséminés. Pas de râles muqueux aux bases. Tousse peu; expectoration liquide dans laquelle nagent des mucosités grisâtres. Part pour Gien.

14 janvier 1902. — Revient de Gien où elle a gagné 5 kilogr. 800. Excellent état général; très bonne mine, tousse peu.

Toujours mêmes signes cavitaires au sommet droit.

16 juillet. — Ecrit qu'elle va très bien, et qu'elle continue à engraisser.

EXPÉRIENCES. — 1° *Bacilloscopie des crachats.* — Négative le 14 janvier 1902.

2° *Séro-diagnostic tuberculeux*

19 janvier 1902 :

++ 1 p. 3, ++ 1 p. 5, ++ 1 p. 10 — 1 p. 15 en 6 h.

Culture formolée de 9 jours. Etalon : + 1 p. 10, ± 1 p. 15 en 7 h.

Observation 12. — *Tuberculose pulmonaire à forme lente; excavation du sommet gauche; ramollissement du sommet droit.*

Per. Jeanne, 14 ans; salle Saint-Ferdinand, 33; entrée le 9 août 1901.

Antécédents. — Pas d'antécédents de tuberculose.

Histoire. — Rougeole à 7 ans, pendant laquelle elle a beaucoup toussé. Malade depuis deux mois (apparition des premières règles) : toux, points de côté; amaigrissement; sueurs. Depuis un mois : crachats, parfois striés de sang. Température autour de 38°; monte parfois jusqu'à 39°5.

Aux poumons : S. G. : matité, gargouillement, timbre caverneux après la toux, tous signes moins marqués en avant qu'en arrière. S. D. : submatité, obscurité; râles assez fins.

12 janvier 1902. — Râles d'infiltration de toute la moitié supérieure à gauche avec signes cavitaires au sommet, en arrière et en avant. A droite : râles seulement dans la fosse sus-épineuse.

1^{er} mars. — Va très bien. Excellent état général. A gagné 6 kilogr. depuis l'entrée. Part pour Gien.

31 mai. — Revient de Gien. S. G. : râles muqueux inspiratoires et expiratoires, avec souffle, gargouillement, matité, en avant et en arrière. S. D. : râles purement expiratoires. Excellent état général.

Septembre 1902. — La petite est morte chez elle le 16 septembre. A la suite d'un refroidissement survenu il y a un mois et demi, la scène a brusquement changé; les lésions se sont mises à évoluer d'une façon aiguë, aboutissant rapidement à la mort.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

a) 12 décembre 1901 :

++ 1 p. 3, ++ 1 p. 5, + 1 p. 10, — 1 p. 15 en 6 h.

Culture formolée de 10 jours. Etalon : + 1 p. 10, ± 1 p. 15 en 6 h.

b) 12 janvier 1902 :

$++$ 1 p. 3, $++$ 1 p. 5, + 1 p. 10, — 1 p. 15, en 6 et 24 h.
Culture formolée de 2 jours. Etalon : + 1 p. 10, — 1 p. 15 en 6 h.

c) 5 mars :

$++$ 1 p. 3, $++$ 1 p. 5, $++$ 1 p. 10, — 1 p. 15 en 6 et 24 h.
Culture formolée de 3 jours. Etalon : + 1 p. 10, + 1 p. 15 en 6 h.

d) 2 juin :

$++$ 1 p. 3, $++$ 1 p. 5, $++$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.
et $++$ 1 p. 3, $++$ 1 p. 5, $++$ 1 p. 10, $++$ 1 p. 15 en 24 h.
Culture formolée de 2 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

B. — TUBERCULOSES AU DÉBUT

1^o Tuberculoses certaines

Observation 13. — *Craquements discrets au sommet droit.*

Jus. Françoise, 14 ans; salle Saint-Ferdinand, 29; entrée le 13 février 1902.

Antécédents. — Mère morte phthisique il y a deux ans et demi.

Histoire. — Rougeole et coqueluche dans l'enfance. A toujours été très délicate. A commencé à tousser il y a un an et demi; depuis a toujours toussé, davantage en hiver, moins en été. Aggravation surtout depuis le début de janvier 1902.

Etat général assez satisfaisant, malgré un affaiblissement notable; température normale. Bon appétit. Toux assez fréquente; crachats présentant quelques points purulents. Points de côté surtout à gauche. Aux poumons: craquements discrets et sibilances dans la fosse sus-épineuse, et dans le creux sus-claviculaire du côté droit. Rien de net à gauche. Apyrexie.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

19 février 1902 :

$++$ 1 p. 3, $++$ 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 et 24 h.
Culture formolée de 5 jours. Etalon : $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 14. — *Submatité et expiration très prolongée au S. D.*

Pia. Louise, 14 ans; salle Saint-Ferdinand, 30.

Antécédents. — Mère morte phtisique; 3 frères morts en bas-âge de méningite.

Histoire. — Premier séjour en octobre 1901, à cause d'anémie et de faiblesse, pour être envoyée à Gien. On constate alors : submatité et expiration prolongée au sommet droit, sans fièvre.

Rentre de nouveau dans le service le 8 mars 1902, pour une fièvre typhoïde, qui évolue normalement, sauf qu'il persiste pendant longtemps de la bronchite avec congestion des bases, avec poussées fébriles pendant la convalescence durant quelques jours.

Revue le 18 septembre 1902. — La petite a beaucoup grandi et forci; mais elle est toujours pâle, et n'est pas forte. Elle tousse assez peu. Aux poumons, la respiration est très prolongée au sommet droit, avec submatité très nette.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

a) 11 avril 1902 :

++ 1 p. 3, — 1 p. 5 en 6 et 24 heures.

Culture formolée de 40 jours. Etalon : + 1 p. 10, ± 1 p. 15 en 6 h.

b) 30 mai :

++ 1 p. 3, — 1 p. 5 en 6 et 24 heures.

Culture formolée de 6 jours. Etalon : + 1 p. 10, ± 1 p. 15 en 6 h.

Observation 15. — *Submatité et respiration granuleuse au S. D.*

Ric. J.-B., 10 ans; salle Sainte-Aline, 10; entré le 15 février 1902.

Antécédents. — Père alcoolique, atteint de bronchite

chronique ; mère bien portante ; 3 autres enfants en bonne santé.

Histoire. — Rougeole à l'âge de 4 mois, suivie de broncho-pneumonie. Depuis : bronchites à répétition.

Depuis le commencement de l'hiver, la toux a augmenté, et il a de la fièvre le soir. Depuis 3 semaines, anorexie, amaigrissement, expectoration purulente. Micropolyadénie cervicale.

Aux poumons, en dehors des gros râles de bronchite, qui disparaissent assez rapidement : submatité et respiration granuleuse avec diminution des vibrations, au sommet droit, en avant.

Revu le 18 septembre 1902. — Enfant maigriot et pâle ; assez bon appétit. Au sommet droit : En avant, submatité, diminution des vibrations ; respiration granuleuse entrecoupée de sibilance de timbre éclatant. En arrière : souffle expiratoire avec quelques petits craquements seulement dans les secousses de toux.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

19 février 1902 :

$++$ 1 p. 3 $\pm$ 1 p. 5, — 1 p. 10 en 6 heures.

$++$ 1 p. 3, $+$ 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 5 jours. Etalon : $+$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h

Observation. 16. — *Tuberculose pulmonaire : submatité au sommet droit.*

Deb. Blanche, 6 ans ; salle Saint-Ferdinand, 33 ; entrée le 2 juin 1902.

Antécédents. — Père mort tuberculeux il y a huit mois ; un seul frère mort de méningite tuberculeuse.

Histoire. — A toujours été chétive et a toujours toussé. C'est encore pour la toux qu'elle vient.

Râles de bronchite disséminés. Submatité au sommet droit. Respiration soufflante au niveau du hile droit. Micro-

polyadénopathie généralisée. Assez bon état général. Cicatrices d'ostéite de l'annulaire droit et du petit doigt gauche.

18 septembre 1902. — Enfant maigrit ; l'état général n'est pas bon. Submatité et craquements humides au sommet droit. En somme : évolution rapide vers le ramollissement.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

11 juin 1902 :

+ 1 p. 3, — 1 p. 5 en 6 et 24 heures.

Culture formolée de 18 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 17. — *Submatité et sibilances fixes aux deux sommets.*

Ar. Corine, 4 ans ; salle Saint-Ferdinand, 41 ; entrée le 13 novembre 1901.

Antécédents. — Rien de net ; un enfant mort à 27 jours.

Histoire. — Pneumonie il y a six mois. Depuis a toujours un peu toussé. Enfant pâle et maigriotte. Aux poumons : sibilances fixes aux deux sommets en arrière.

3 février. — Depuis qu'elle est dans le service la petite a toujours toussé. Elle n'a pas d'appétit, et ne prend pas du poids.

Aux poumons : sibilances et quelques râles sonores disséminés dans les deux poumons. Aux deux sommets, les sibilances sont plus fixes, plus éclatantes ; le murmure est moins pur et la sonorité est diminuée.

On a de ses nouvelles le 30 septembre 1902 : « la petite n'a pas d'appétit et n'engraisse pas ; elle est plus pâle, et se plaint toujours d'avoir froid. »

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

6 février 1902 :

+ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, — 1 p. 15, en 6 et 24 h.

Culture formolée de 13 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 18. — *Antécédents tuberculeux; bronchite.*

Ber. Zoé, 3 ans; salle Saint-Ferdinand, 40; entrée le 11 mars 1902.

Antécédents. — Père phthisique (meurt en mai 1902); un frère meurt salle Sainte-Aline le 18 avril 1902 de broncho-pneumonie tuberculeuse.

Histoire. — Rougeole et varicelle il y a six mois.

La mère a retiré son enfant de nourrice il y a quelques mois; c'est alors qu'elle s'est aperçue qu'elle toussait, par quintes, sans reprises. Depuis huit jours la toux est beaucoup plus intense.

Les poumons sont encombrés de râles ronflants et sibilants généralisés.

20 mars. — Fièvre; quintes longues et pénibles. Pas de signes bien nets aux poumons que des râles disséminés.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

15 mars 1902 :

++ 1 p. 3, ++ 1 p. 5, ++ 1 p. 10, ++ 1 p. 15 en 6 h.

Culture formolée de 15 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\frac{1}{2}$ ± 1 p. 15 en 6 h.

Observation 19. — *Tuberculose pulmonaire forme bénigne* (ex Hawthorn, obs. XXIII).

L. Marius, salle Argenti, 7; entré le 28 mars 1901.

Histoire. — Est malade depuis 25 jours et présente des râles sous-crépitaux disséminés un peu partout. Les voies bronchiques sont plus particulièrement atteintes. Au sommet droit, il y a un peu de retentissement de la voix. Cra-chats purulents (sans bacilles de Koch). Etat général très déprimé.

Température vespérale au-dessus de 39°.

Polymicroadénie dans toutes les aires ganglionnaires.

Les phénomènes aigus s'atténuent rapidement; mais au sommet droit persiste un petit foyer de rudesse respiratoire. Nous nous demandons alors si ce n'est pas une localisation tuberculeuse.

Mai 1901. — L'enfant sort, après avoir considérablement engraisé.

Son état général est excellent; mais au sommet droit il y a un foyer d'induration très net.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

17 avril :

++ 1 p. 5, ++ 1 p. 10, ++ 1 p. 20, ++ 1 p. 50 en 2 h.
Culture non diluée de 10 jours. Etalon : + 1 p. 20 en 3 h.

Observation 20. — *Tuberculose pulmonaire* (ex Hawthorn, obs. XV).

R. Etienne, 15 ans; salle Saint-Paul, 1; entré le 17 décembre 1900.

Antécédents. — Père mort phtisique il y a 12 ans.

Histoire. — A eu la dengue à l'âge de 2 ans. Malade depuis quatre semaines. Apprenti corroyeur depuis un mois et demi; il ne mange plus depuis le début de son apprentissage; il a de la diarrhée, une toux très fréquente, mais sèche. Quelques rares crachats le matin. Maigre et très pâle, il a l'aspect général d'un strumeux. Micropolyadénie dans toutes les aires ganglionnaires; système pileux développé. Un peu de rudesse au sommet droit.

15 février 1901. — Actuellement sa tuberculose pulmonaire est ouverte; nous trouvons des bacilles de Koch dans les crachats. Il décline rapidement.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

29 décembre 1900 :

++ 1 p. 5, ++ 1 p. 10, + 1 p. 20 en 6 h.
Culture non diluée de 10 jours. Etalon : + 1 p. 20 en 4 h.

2° Tuberculoses douteuses

Observation 21. — *Chorée. Respiration obscure au sommet droit.*

Gau. Anna, 9 ans; salle Saint-Ferdinand, 12; entrée le 21 février 1902.

Rien de spécial dans ses antécédents. La petite entre pour une chorée, et ne présente rien d'extraordinaire jusqu'au 10 avril.

A ce moment la température s'élève, pour redevenir normale vers le 23. On trouve la respiration nettement obscure au sommet droit : c'est à ce moment qu'on fait le séro-diagnostic.

Le 18 septembre, le père envoie des nouvelles de sa fille : « elle bouge toujours un peu; tousse beaucoup; n'a pas d'appétit et maigrit un peu. »

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

20 avril 1902 :

+ 1 p. 3, + 1 p. 5, — 1 p. 10 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 6 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h

Observation 22. — *Bronchite suspecte.*

Jour. Andréa, 5 ans; salle Saint-Ferdinand, 1; entrée le 30 mai 1900.

Antécédents. Parents en bonne santé. Quatre enfants morts en bas-âge.

Histoire. — Coqueluche il y a 2 ans; puis rougeole; puis varicelle; laryngite il y a un an. Début le 27 mai 1900 par : points de côté, dyspnée; toux quinteuse suivie de vomissements. Aux poumons : submatité du côté gauche; quelques râles disséminés; température autour de 38°.

25 août 1901. — La petite est restée faible et pâle; il

persiste seulement quelques sibilances dans la moitié inférieure du poumon droit.

26 janvier 1902. — La petite vient consulter dans le service, pour être envoyée à Longchêne. Elle est toujours faible et pâle. Quelques sibilances disséminées dans les deux poumons.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

26 janvier 1902 :

+ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, — 1 p. 15 en 6 h.

+ 1 p. 3, + 1 p. 5, + 1 p. 10, + 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 2 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 23. — *Antécédents tuberculeux ; bronchites.*

Bac. Marie, 4 ans et demi ; salle Saint-Ferdinand, 3, entrée le 29 janvier 1902.

Antécédents. — Mère morte tuberculeuse il y a deux ans ; un seul frère mort en bas âge.

Histoire. — A été très mal en nourrice. Toux depuis trois semaines. Râles de bronchite dans toute la hauteur des deux poumons, sans signes de lésion en foyer.

Faciès un peu bouffi. Quintes coqueluchoïdes. Pas de fièvre. Bon état général.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

26 janvier 1902 :

+ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, — 1 p. 15 en 6 h.

+ 1 p. 3, + 1 p. 5, + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 2 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 24. — *Signes physiques d'induration du sommet gauche.*

Car. Honorine, 13 ans; salle Saint-Ferdinand, 31; entrée le 26 juillet 1901.

Antécédents. — Mère morte d'un néoplasme de l'utérus. Pas d'antécédents de tuberculose.

Histoire. — Diphtérie à l'âge de 6 ans. Tousse presque tous les hivers. Depuis 15 jours est tombée malade brusquement : dyspnée, céphalalgie, point de côté à gauche; pas de fièvre; faiblesse, amaigrissement. A l'examen : submatité et résistance au doigt dans la fosse sus-claviculaire gauche et de la fosse sus-épineuse, avec obscurité, un peu de souffle et quelques râles secs.

26 septembre 1901. — Râles sous-crépitants et sibilances, s'entendant en arrière dans la moitié supérieure du poumon, et en avant dans les quatre premiers espaces intercostaux. A droite, au sommet, respiration rude et obscure, sans râles.

11 janvier 1902. — Bon état général; bon appétit; a engraisé de 7 kilog., et ne tousse à peu près plus. Pas de fièvre.

Obscurité respiratoire dans tout le poumon gauche, avec sibilances plus marquées au sommet. Pas de craquements ni de râles humides. En somme, tout se borne à des signes physiques d'induration du sommet gauche.

La température, qui dans les premiers mois s'élevait parfois à 38,5-39 n'a pas dépassé 37,5 depuis le mois d'octobre. Sort du service le 29 janvier 1902.

16 septembre 1902. — On a des nouvelles de la petite : elle est très bien portante et prend de l'embonpoint d'une façon constante. Elle est placée comme domestique et fait, sans en être autrement fatiguée, un travail assez pénible.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

a) 12 décembre 1901 :

$\pm$ 1 p. 3, — 1 p. 5 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 10 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

b) 12 janvier 1902 :

$\pm$ 1 p. 3, — 1 p. 1 p. 5 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 2 jours. Etalon : + 1 p. 10, — 1 p. 15 en 6 h.

Observation 25. — *Anciennes ostéites. Bronchite aiguë.*

Bau. Pierre, 2 ans; salle Sainte-Aline, 5; entré le 15 janvier 1902.

Antécédents. — Pas d'antécédents de tuberculose; mais en nourrice était souvent surveillé par le fils de la nourrice, mort tuberculeux.

Histoire. — A huit mois : ostéite du dos de la main droite ayant été opérée trois fois. Ecoulements d'oreille et impétigo fréquents. Micropolyadémie cervicale.

Tousse depuis huit jours; aux poumons, râles de bronchite, sans localisation spéciale aux sommets.

1^{er} mars. — Sort du service en excellent état.

Revu le 13 septembre. — Enfant très bien portant. Ne tousse pas du tout. Bonne mine; excellent état général.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

26 janvier 1902 :

— 1 p. 3 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 2 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 26. — *Antécédents tuberculeux; toux; amaigrissement.*

Al. Claudine, 14 ans; salle Saint-Ferdinand. Entrée le 5 avril 1902.

Antécédents. — Mère morte tuberculeuse.

1^{er} séjour en 1896 pour adénopathie sous-maxillaire consécutive, a une mauvaise dentition. Grosses amydales.

2^e séjour en avril 1902. — Tousse depuis 4 ou 5 mois, s'affaiblit, s'amaigrit. Aurait eu une légère hémoptysie fin mars. A l'examen : peut-être légère induration du sommet droit (?).

16 septembre 1902. — On a des nouvelles de la petite. Après sa sortie du service (14 avril), elle a passé deux mois à la campagne.

De retour à Lyon depuis trois mois. Est très bien portante ; ne tousse pas, et fait un travail pénible.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux*.

11 avril 1902 :

— 1 p. 3 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 40 jours. Etalon + 1 p. 10, ± 1 p. 15 en 6 h.

Observation 27. — *Congestion du poumon droit ; tuberculeuse (??).*

Mal. Anne, 12 ans ; salle Saint-Ferdinand, 29 ; entrée le 20 avril 1901.

Antécédents. — Pas d'antécédents de tuberculose.

Histoire. — Tousse depuis 15 jours ; points de côté ; matité à la base droite et submatité dans le reste du poumon droit. Rien à gauche.

30 avril 1901. — Il persiste un peu d'obscurité au S. D. avec légère augmentation des vibrations. Part pour Gien.

1^{er} mars 1902. — Revient de Gien, où elle a pris 7 kilogr. Très bon état général. Toujours un peu d'obscurité au sommet droit. On fait alors le séro-diagnostic.

16 septembre 1902. — Enfant très bien portante, ne tousse pas ; bon embonpoint. Rien de net au sommet droit, sauf peut-être une légère augmentation des vibrations.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux*.

5 mars 1902 :

— 1 p. 3 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 3 jours. Etalon : + 1 p. 10, + 1 p. 15 en 6 h.

Observation 28. — *Respiration rude au sommet droit.*

B. Jérôme, 8 ans ; salle Sainte-Aline ; entré le 17 mars 1902.

Antécédents. — Pas d'antécédents de tuberculose.

Histoire. — Premier séjour en 1901 pour une bronchite. Revient toujours pour une bronchite. Il tousse souvent, est pâle, sans appétit ; micropolyadénie cervicale.

Respiration rude au sommet droit, sans râles, ni modifications de la sonorité. Température normale.

26 avril. — La respiration est toujours rude en arrière au S. D. Température normale. Bon appétit.

28 septembre. — L'enfant est à Gien d'où on nous envoie de ses nouvelles : il n'a jamais toussé, a un très bon état général et un excellent appétit.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

27 avril 1902 :

— 1 p. 3 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 13 jours. Etalon : + 1 p. 10, ± 1 p. 15 en 6h.

Observation 29. — *Bronchites à répétition ; arrêt de développement.*

Gat. Louis, 4 ans 1/2 ; salle Sainte-Aline, 30 ; entré le 18 janvier 1902.

Antécédents. — Pas d'antécédents de tuberculose.

Histoire. — 1^{er} séjour : coqueluche, puis bronchite ; 2^e séjour pour bronchite. Depuis tousse souvent.

Revient pour une nouvelle bronchite. Aux poumons : respiration rude et granuleuse des 2 côtés ; râles humides aux deux bases avec température à 38,5 pendant les poussées de bronchite. Adénites cervicales.

28 septembre 1902. — L'enfant est à Gien d'où on nous envoie de ses nouvelles : il ne tousse plus ; rien à l'ausculta-

tion ; très bon état général ; bon appétit ; quelques ganglions sous-maxillaires.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

19 février 1902 :

— 1 p. 3 en 6 heures.

Culture formolée de 5 jours. Etalon : ± 1 p. 10 ± 1 p. 15 en 6 h.

3^o *Affections non tuberculeuses, simulant la tuberculose au début.*

Observation 30. — *Insuffisance mitrale. Bronchite. Submatité au S. G.*

B. Antonia, 4 ans ; salle Saint-Ferdinand, 40 ; entrée le 23 octobre 1891.

Antécédents. — Pas d'antécédents de tuberculose.

Histoire. — Pneumonie il y a 2 ans ; rougeole il y a 4 mois.

Depuis 8 jours : dyspnée d'effort, quintes de toux surtout nocturnes. Au cœur : signes typiques d'insuffisance mitrale.

Aux poumons : submatité au S. G ; râles de bronchite généralisés, plus nombreux au S. G.

Décembre 1901. — Etat aigu pulmonaire (grippe ?) ; asystolie. Morte le 6 janvier 1902.

AUTOPSIE. — Cœur : insuffisance mitrale ? Inversion des orifices artériels. Poumons : lésions de congestion et d'œdème ; pas de tuberculose. Pas de ganglions tuberculeux.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

12 décembre 1901 :

— 1 p. 3. en 6 heures.

Culture formolée de 10 jours. Etalon : $+ 1$ p. 10, ± 1 p. 15 en 6 h.

Observation 31. — *Bronchite post-rubéolique.*

Mag. Marie, 3 ans, salle Saint-Ferdinand, 38, entrée le 5 février 1902.

Antécédents. — Pas d'antécédents de tuberculose.

Histoire. — Rougeole il y a un mois et demi, touse depuis.

Depuis 5 jours, touse davantage, par quintes; faiblesse; amaigrissement. Pas de fièvre, sibilances et râles humides dans tout le côté droit, rares à gauche.

25 février. — Toux un peu coqueluchoïde.

20 mars. — Sort du service, complètement guérie. Ne touse plus du tout; engraisse. Très bon état général.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

5 mars 1902 :

— 1 p. 3 en 6 et 24 heures.

Culture formolée de 3 jours. Etalon : $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 32. — *Bronchite à la suite de la rougeole et de la coqueluche.*

Mo Juliette, 4 ans 1/2; salle Saint-Ferdinand, 11; entrée le 31 mars 1902.

Antécédents. — Pas d'antécédents de tuberculose.

Histoire. — Rougeole à 4 ans, puis coqueluche; depuis a toujours toussé un peu.

La toux a augmenté depuis 8 jours; température à 38,5-38 sibilances et ronchus encombrant les deux poumons.

6 avril. — Est guérie; l'amélioration a été extrêmement rapide.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

4 avril :

— 1 p. 3 en 6 et 24 heures.

Culture formolée de 45 jours. Etalon : $\pm$ 1 p. 10 $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 33. — *Bronchite banale.*

Sc. Joséphine, 14 ans; salle Saint-Ferdinand, 18; entrée le 26 février 1902.

Antécédents. — Parents bien portants; un enfant mort de méningite.

Histoire. — Coqueluche, rougeole, fluxion de poitrine, et varicelle, à la suite dans l'enfance. Régulée depuis trois mois. Il y a dix jours, elle prit froid; toux et point de côté à la base droite.

Bon état général, température normale. Expectoration muco-purulente (pas de bacilles de Koch). Aux poumons: submatité, augmentation des vibrations et obscurité à la base droite en arrière, où on entend des râles muqueux et sonores. Quelques sibilances à la base gauche.

3 avril. — Sort complètement guérie.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

5 mars 1902 :

— 1 p. 3 en 6 et 24 heures.

Culture formolée depuis 3 jours. Etalon : + 1 p. 15 en 6 h.

Observation 34. — *Bronchite banale.*

Sar. Joseph, 4 ans 1/2, salle Sainte-Aline; entré le 7 juin 1902.

1^{er} séjour du 13 au 19 février 1902, pour impetigo, et amygdalite légère.

2^e séjour. Tousse depuis quelques jours; râles de bronchite disséminés; sommet droit peut-être un peu soufflant (?) Tous ces signes disparaissent en quelques jours d'une façon complète.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

26 juin 1902 :

? 1 p. 3, — 1 p. 5 en 6 heures.

Culture formolée de 30 jours. Etalon : + 1 p 10 ± 1 p. 15 en 6 h.

4^e. Cicatrices tuberculeuses

Observation 35. — *Néphrite chronique ; urémie ; faiblesse cardiaque. Cicatrices tuberculeuses des deux sommets, découvertes à l'autopsie.*

Mas Adrienne, 12 ans 1/2 ; salle Saint-Ferdinand, 30 ; entrée le 2 novembre 1901.

Antécédents. — Pas d'antécédents de tuberculose, parents bien portants.

Histoire. — Née à terme ; nourrie pendant six mois au sein et six mois au biberon. A marché à un an.

Comme affections antérieures : bronchite sans gravité à 2,5, et 10 ans, disparues sans laisser de traces. Peut-être scarlatine à deux ans (? ?). Pas de rougeole, de fièvre typhoïde, ni de maladie infectieuse quelconque.

Début à 11 ans 1/2 par céphalée fréquente ; puis crampes nocturnes.

A 12 ans 1/2 : apparition de crises éclamptiques ; anasarque. Ces crises éclamptiques se répètent de plus en plus fréquentes. Parfois aussi : véritables crises de suffocation, dont l'une a été traitée par la saignée ; orthopnée persistante ou intermittente ; parfois véritables accès d'œdème pulmonaire.

Au cœur : grandes variations dans les dimensions du cœur ; de temps à autre : bruit de galop, sans hypertension artérielle. Gros foie.

Urine abondante ; cylindres granuleux ; albuminerie assez abondante.

Péricardite et pleurésie terminales.

Morte le 3 février 1902, après trois mois de troubles fonctionnels.

AUTOPSIE. — Petits reins rouges contractés. Gros cœur de Traube (310 gr). Péricardite avec épanchement et fausses membranes typiques. Pleurésie droite, œdème et congestion dans les deux poumons avec un ou deux infarctus à la base droite, et plusieurs points très densifiés.

De plus, à chaque sommet : *cicatrices tuberculeuses ardoisées, froncées, d'aspect stellaire*, entourées de tissu sclérosé ; ganglions trachéo-bronchiques assez volumineux, non caséeux.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

12 janvier 1901 :

— 1 p. 3 en 6 et 24 heures.

Culture formolée de 2 jours. Etalon : + 1 p. 10 $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

II. — Tuberculose pulmonaire aiguë

1° *Broncho-pneumonies tuberculeuses*

Observation 36. — *Antécédents tuberculeux ; broncho-pneumonie.*

Mon. Jeanne, 9 mois ; crèche Saint-Ferdinand, 18 ; entrée le 10 décembre 1902.

Antécédents. — Père mort tuberculeux ; mère bien portante ; trois autres enfants, dont un tousse.

Histoire. — Née à terme ; nourrie au biberon. Aurait toujours un peu toussé.

Tousse davantage depuis 15 jours ; de plus : diarrhée et vomissements ; température autour de 38° ; râles sonores disséminés dans les deux poumons.

Le quatrième orteil droit présente une tuméfaction violacée qui ressemble à une engelure, avec une petite fistulette qui ne va pas jusqu'à l'os. (Cette lésion se cicatrise à peu près complètement en un mois).

19 janvier 1902. — Petit abcès sous-mentonnier (à staphylocoques). La toux persiste avec exacerbation ; température : 38°-38,5. Parfois diarrhée. Etat général mauvais. Dyspnée. Aux poumons : râles aux deux bases, plus nombreux à droite.

Décès le 21 janvier.

AUTOPSIE. — *Broncho-pneumonie tuberculeuse du poumon droit* : ce poumon est farci de noyaux caséeux disséminés; petite caverne de la grosseur d'une noisette au sommet, lequel est sclérosé; 4 ou 5 cavernules disséminées. Ganglions trachéo-bronchiques caséeux, du côté droit seulement. Rien au poumon gauche que quelques rares noyaux de broncho-pneumonie non tuberculeuse.

Foie infectieux; reins un peu pâles.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

19 janvier 1902 :

+ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15, — 1 p. 10 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 9 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 7 h.

Observation 37. — *Bronchite banale, puis broncho-pneumonie (tuberculeuse).*

Char. Germaine, 17 mois; crèche Saint-Ferdinand, 9; entrée le 7 janvier 1902.

Antécédents. — Pas d'antécédents de tuberculose.

Histoire. — Tousse depuis un mois. Aggravation depuis trois jours. Bon état général; température normale; quelques râles peu nombreux disséminés dans les deux poumons.

15 février 1902. — Bon état général; apyrexie; mais toux assez fréquente et quinteuse. Ronchus et sibilances, assez rares, disséminés dans les deux poumons.

20 février. — Depuis le 15, la température oscille autour de 38,5; toux coqueluchoïde. Matité du S. G.; obscurité et submatité à la base G.

25 février. — La température s'est élevée progressivement jusqu'à 40°. Dyspnée très vive avec cyanose. Les deux poumons sont encombrés de râles sous-crépitaux parfois très fins, plus nombreux à gauche.

1^{er} mars. — Plaques diphtéroïdes sur l'amygdale droite. Etat général très grave. Décès le 2 mars.

AUTOPSIE. — *Poumon gauche* : Caverne du volume d'une petite noix, remplie de matière caséeuse, près du hile; deux ou trois petits noyaux caséeux. Adénopathie trachéo-bronchique caséeuse, volumineuse. Dans le reste du poumon gauche et dans le poumon droit, plusieurs noyaux de broncho-pneumonie ordinaire.

Rien d'intéressant dans les autres organes; deux ou trois petits tubercules sur la face convexe du foie.

EXPÉRIENCES. — 1^o *Radioscopie*. — Le 20 février, la radioscopie montre une ombre volumineuse au niveau du hile (adénopathie trachéo-bronchique).

2^o *Séro-diagnostic tuberculeux*.

19 février :

+ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5, — 1 p. 10 en 6 h.

+ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, — 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 5 jours. Etalon : $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 38. — *Broncho-pneumonie (tuberculeuse)*.

Ter. Antoinette, 4 ans; salle Saint-Ferdinand, 12; entrée le 12 mai 1902.

Antécédents. — Mère morte phtisique; a nourri son enfant.

Histoire. — Depuis trois semaines aurait pris la coqueluche. Entre avec une broncho-pneumonie; dyspnée très vive avec jeu des ailes du nez; quelques râles disséminés; mauvais état général.

Température très élevée.

2 juin. — Emmenée mourante par ses parents.

EXPÉRIENCES. — 1^o *Bacilloscopie des crachats*. — On a pu avant qu'on emmenât la petite, recueillir au fond de sa gorge quelques mucosités un peu purulentes, qui fourmillaient des *bacilles de Koch*.

2^o *Séro-diagnostic tuberculeux*

30 mai :

$\pm$ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5, — 1 p. 10 en 6 h.

$\pm$ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, — 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 6 jours. Etalon : $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 4 h.

Observation 39. — *Broncho-pneumonie post-rubéolique tuberculeuse.*

D. Jacques, 6 ans ; salle des rougeoles ; entré le 17 janvier 1902.

Antécédents. — Tous ses parents sont bien portants.

Histoire. — Entré salle Sainte-Aline le 27 juin 1902 pour une bronchite. Il était guéri lorsque le 17 juillet il présenta une éruption de rougeole.

La rougeole eut une évolution normale ; mais au début de la convalescence, il présenta une broncho-pneumonie, qui à symptômes très intenses au début, prit au bout de quelques heures une allure subaiguë, ce qui fit soupçonner la tuberculose.

Décès le 12 septembre.

AUTOPSIE. — Broncho-pneumonie tuberculeuse à noyaux caséeux disséminés dans les deux poumons, surtout à gauche ; les plus anciens commençant à se ramollir. Adénopathie trachéo-bronchique caséeuse.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

1^{er} septembre :

$\pm$ 1 p. 3 ; — 1 p. 5 en 6 h.

$\pm$ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5, — 1 p. 10, en 24 h.

Culture formolée de 5 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

2^o *Broncho-pneumonies non tuberculeuses.*

Observation 40. — *Broncho-pneumonie.*

B. Marie, 3 ans et demi ; salle Saint-Ferdinand, 7, entrée le 11 décembre 1901.

Antécédents. — Mère morte tuberculeuse.

Histoire. — S'enrhumait facilement ; n'a pas fait de maladies graves.

Depuis cinq semaines : état pulmonaire aigu, avec fièvre et troubles généraux, dyspnée (84 respirations). Les deux poumons sont encombrés de sibilances, de râles sonores ou muqueux, sans signes de lésions en foyer.

5 février. — La maladie a évolué en trois poussées successives d'une semaine chacune environ ; depuis le 20 janvier, apyrexie définitive. L'enfant part complètement guérie.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

a) 14 décembre 1901 :

— 1 p. 3 en 6 heures.

$\pm$ 1 p. 3, — 1 p. 5 en 24 h.

Culture formolée de 10 jours. Etalon : $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

b) 12 janvier 1902 :

— 1 p. 3 en 6 heures.

$\pm$ 1 p. 3, — 1 p. 5 en 24 h.

Culture formolée de 2 jours. Etalon : $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 41. — *Broncho-pneumonie ; forme légère.*

Br. Camille, 18 mois ; crèche Saint-Ferdinand, 8 ; entré le 12 février 1902.

Antécédents. — Trois frères morts dont deux de méningite.

Histoire. — A toujours été un peu délicat ; s'enrhume facilement, varicelle il y a un mois.

Depuis trois jours, toussé et a de la fièvre. Bon état général. Râles sonores disséminés dans les deux poumons avec un petit foyer à la base gauche.

25 février. — Guérison rapide. L'enfant va très bien.

Revu en septembre. — Va très bien.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

13 février 1902 :

— 1 p. 3 en 6 et 24 heures.

Culture formolée de 20 jours. Etalon : $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 42. — *Broncho-pneumonie, forme légère.*

Cor. Charles, 10 mois; crèche Saint-Ferdinand, 1; entré le 17 février 1902.

Antécédents. — Pas d'antécédents de tuberculose.

Tousse et est oppressé depuis huit jours. Toux fréquente un peu quinteuse, sans reprises. Aux poumons : quelques râles à la base gauche; température : 39,5; dyspnée vive.

26 février. — Quelques râles aux deux bases; matité à la base gauche.

10 mars. — Amélioration rapide des phénomènes pulmonaires. Diarrhée; mauvaises digestions.

12 mai. — Sort guéri, en excellente santé.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

5 mars 1902

— 1 p. 3 en 6 et 24 heures.

Culture formolée de 3 jours. Etalon : + 1 p. 15 en 6 h.

Observation 43. — *Broncho-pneumonie persistante à poussées successives.*

Ri. Marguerite, 15 mois; crèche Saint-Ferdinand, 14; entrée le 7 mars 1902.

Antécédents. — Pas d'antécédents de tuberculose.

Histoire. — Coqueluche à six mois; varicelle à onze mois. Tousse un peu depuis cinq ou six mois.

Depuis huit jours : toux et dyspnée; fièvre; état aigu, etc.; foyers de broncho-pneumonie disséminés.

Puis poussées successives avec longs intervalles d'apyrexie, poussées attribuables souvent non aux poumons, mais à de la diarrhée ou à de l'infection cutanée.

Meurt le 28 avril.

AUTOPSIE. — Foyers de broncho-pneumonie, d'âges très

différents, disséminés dans les deux poumons. Rien de tuberculeux.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

4 avril :

— 1 p. 3 en 6 et 24 heures.

Culture formolée de 35 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 44. — *Broncho-pneumonie à forme subaiguë.*

Cler. Marie, 7 mois; crèche Saint-Ferdinand, 5; entrée le 1^{er} avril 1902.

Antécédents. — Père « tousseur ».

Histoire. — A toujours toussé un peu; rougeole il y a quinze jours. Depuis toussé davantage: sibilances et râles de bronchite avec râles fins aux deux bases.

1^{er} mai. — Abscess ganglionnaire retro-maxillaire droit; suppuration de l'oreille droite. Etat général mauvais. Mêmes symptômes de broncho-pneumonie, sans fièvre élevée, ni signes généraux graves.

Mort le 9 mai.

AUTOPSIE. — Noyaux de broncho-pneumonie disséminés dans les deux poumons, avec en plusieurs points du tissu de carnisation et de sclérose. Pus et bourbillon autour des bronchioles. Rien de tuberculeux.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

4 avril :

— 1 p. 3 en 6 et 24 heures.

Culture formolée de 35 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 45. — *Broncho-pneumonie, suite de coqueluche.*

Per. Antoinette, 2 ans; salle Saint-Ferdinand, 5; entrée le 8 avril 1902.

Antécédents. — Pas d'antécédents de tuberculose.

Histoire. — Coqueluche il y a un mois. A pris froid il y a 15 jours.

Depuis : dyspnée extrême, cyanose, état général grave; peu de signes aux poumons.

Meurt le 13 avril.

AUTOPSIE. — Broncho-pneumonie lobulaire à foyers disséminés.

Pas de tuberculose.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

10 avril 1902 :

— 1 p. 3 en 6 et 24 heures.

Culture formolée de 40 jours. Etalon : $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 46. — *Broncho-pneumonie.*

Bay. Catherine, 2 ans et demi; salle Saint-Ferdinand, 39; entrée le 31 janvier 1902.

Antécédents. — Pas d'antécédents de tuberculose.

Histoire. — Bonne santé habituelle. Entre pour une broncho-pneumonie d'intensité moyenne. Au bout de huit jours la fièvre tombe et la santé peu à peu normale.

Vers le 20 mars, deuxième poussée avec toux coqueluchoïde.

25 avril. — Contracte la rougeole. Passe au service des rougeoles d'où elle sort complètement guérie au bout de vingt jours.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

10 avril :

— 1 p. 3 en 6 et 24 heures.

Culture formolée de 40 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 47. — *Broncho-pneumonie suite de rougeole.*

Fil., 26 mois ; salle des rougeoles, 54 ; entré le 2 mai 1902.

Histoire très banale ; rougeole très normale ; et au déclin de celle-ci, broncho-pneumonie, légère d'ailleurs. Guérison en 8 ou 10 jours.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

16 mai 1902 :

— p. 3 en 6 et 24 heures.

Culture formolée de 30 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 48. — *Broncho-pneumonie suite de rougeole.*

Es. Raymond, 13 mois ; crèche Saint-Ferdinand.

1^{er} séjour en janvier 1902 : bronchite puis varicelle.

2^{me} séjour 1^{er} avril. A la suite de la rougeole, bronchite intense, puis broncho-pneumonie avec foyer soufflant à la base droite.

5 mai. — Type intermittent de la fièvre. Diarrhée. Le foyer soufflant à la base droite persiste ; amaigrissement ; température autour de 38°.

15 juin. — Convalescence longue ; mais guérison complète.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

27 avril :

— 1 p. 3 en 6 et 24 heures.

Culture formolée de 13 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 4 h.

Observation 49. — *Broncho-pneumonie suite de rougeole.*

R. Edmond, 5 ans; salle des rougeoles, 52; entré le 1^{er} mai.

Cas banal de broncho-pneumonie à la suite de la rougeole. Mais les symptômes persistant un peu longtemps, on se demande s'il ne s'agirait pas de tuberculose. L'enfant a d'ailleurs très bien guéri en un mois.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

16 mai :

— 1 p. 3 en 6 et 24 heures.

Culture formolée de 30 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 50. — *Broncho-pneumonie post-rubéolique.*

Plat., salle des rougeoles, 39.

Cas banal de broncho-pneumonie survenue à la suite de la rougeole, et s'étant terminée rapidement par la guérison.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

10 septembre :

— 1 p. 3 en 6 et 24 heures.

Culture formolée de 45 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 51. — *Broncho-pneumonie ?*

B. Eugénie, 8 ans; salle Saint-Ferdinand, 12; entrée le 14 février 1902.

Antécédents. — Pas d'antécédents de tuberculose.

Histoire. — Bonne santé habituelle; rougeole et coqueluche antérieurement.

Il y a trois mois : anorexie, céphalée, fièvre pendant huit jours. Il y a un mois : mêmes phénomènes. Depuis quatre

jours : aggravation ; céphalée vive ; température à 40°. Toux et dyspnée légère ; obscurité respiratoire avec submatité à droite ; quelques râles ; respiration un peu soufflante au sommet gauche.

5 mars. — La fièvre est tombée ; l'état général est meilleur. Toujours quelques râles aux poumons.

2 avril. — Guérison complète. Excellent état général.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

19 février 1902 :

— 1 p. 3 en 6 heures.

$\pm$ 1 p. 3, — 1 p. 5 en 24 heures.

Culture formolée de 5 jours. Etalon : $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

CHAPITRE II.

TUBERCULOSE AIGUË GRANULIQUE

I. — Granulie généralisée, à prédominance pulmonaire

Observation 52. — *Granulie.*

C. Jules, 18 mois ; crèche Saint-Ferdinand, 22 ; entré le 11 février 1902.

Antécédents. — Pas d'antécédents de tuberculose.

Histoire. — Rougeole à 15 mois, suivie d'une bronchite qui n'a jamais cessé. Vomissements depuis trois semaines ; depuis huit jours, fièvre intense ; tousses davantage.

A l'entrée mauvais état général ; amaigrissement et pâleur considérables ; température : 38,5. Toux avec dyspnée et légère cyanose ; type inverse de la respiration. A l'auscultation ; des deux côtés : en arrière, plus marquée à droite, on perçoit des râles sonores et une bouffée de râles crépitants à la fin de l'inspiration. Mêmes signes en avant.

Meurt le 15 février. — Les deux poumons sont littéralement farcis de granulations caséeuses. Adénopathie trachéo-bronchique et mésentérique caséeuses. Granulations à la surface des viscères ; rate farcie de grosses granulations. Gros foie gras. Reins pâles et dégénérés.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

12 février :

? 1 p. 3, — 1 p. 5 en 6 heures.

$\pm$ 1 p. 3, — 1 p. 5, en 24 heures.

Culture formolée de 40 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 5 h.

Observation 53. — *Granulie.*

Aub. Marguerite, 10 ans; salle Saint-Ferdinand, 11; entrée le 27 février 1902.

Antécédents. — Pas d'antécédents de tuberculose.

Histoire. — Le 15 février dernier, l'enfant qui avait une bonne santé habituelle, mais toussottait depuis quelques jours, eut à l'école une hémoptysie assez considérable; depuis deux ou trois autres hémoptysie, pour lesquelles on l'amène à l'hôpital.

La température : 39,9; dyspnée très vive; crachats sanglants. Aux poumons : on perçoit seulement quelques râles fins au niveau du sommet droit en arrière.

4 mars. — A eu deux hémoptysies depuis qu'elle est dans le service; température : 38,5-39,5. Râles crépitants dans toute la hauteur du poumon droit.

9 mars. — Petites ulcérations circulaires tuberculeuses du pharynx (bacilles de Koch sur les frottis).

11 mars. — La petite vient de mourir, au milieu d'une dyspnée extrême avec cyanose.

AUTOPSIE. — Au poumon droit : granulations caséeuses réunies en noyaux broncho-pneumoniques confluents sur toute la hauteur; au sommet droit : petite caverne. Au poumon gauche : parenchyme très congestionné et œdémateux, parsemé de nombreuses granulations récentes, non caséeuses isolées. Quelques granulations disséminées à la surface des viscères.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

5 mars :

— 1 p. 3 en 6 et 24 heures.

Culture formolée de 3 jours. Etalon : + 1 p. 15 en 6 h.

Observation 54. — *Péricardite tuberculeuse avec symphyse ; granulie.*

Cel. Madeleine, 12 ans et demi ; salle Saint-Ferdinand, 33 ; entrée le 8 avril 1902.

Antécédents. — Pas d'antécédents de tuberculose.

Histoire. — Depuis 3 ou 4 ans, elle souffrait de temps en temps d'un point hépatique, à l'occasion d'une marche un peu rapide ou de mouvements trop violents, sans en être autrement incommodée.

Depuis cinq semaines : état aigu ; quelques vomissements bilieux ; point très violents à droite ; température : 39°.

Actuellement. — L'état général est satisfaisant ; mais dyspnée extrême avec cyanose ; cœur très rapide. Aux poumons ; râles du côté droit ; sibilances au sommet ; quelques sibilances à gauche.

Le foie a son bord au niveau de l'ombilic, assez douloureux.

22 avril. — Toujours dyspnée extrême avec cyanose, et conservation d'un bon état général. Aux poumons : râles et sibilances du côté droit. Gros foie. Grosse matité cardiaque. La radiographie montre une grosse ombre au niveau du cœur. On fait le diagnostic de symphyse péricardique tuberculeuse.

8 mai. — La petite est morte ce matin. Depuis la fin d'avril, l'état était allé s'aggravant d'une façon rapide ; fièvre intense ; dyspnée extrême avec cyanose ; amaigrissement rapide. Rien de bien net aux poumons. A côté de la péricardite, on soupçonnait la granulie.

AUTOPSIE. — Péricardite tuberculeuse avec symphyse

totale. Granulie à granulations grises-blanches, souvent confluentes en tubercules blancs. Pas de cavernes. Ganglions trachéo-bronchiques volumineux et caséeux.

EXPÉRIENCES. — 1° *Radiographie*. — Le 22 avril, la radiographie montre une ombre cardiaque volumineuse, *privée de battements*.

2° *Bacilloscopie* des crachats : Positive
le 5 mai.

3° *Séro-diagnostic tuberculeux*.

a) 11 avril :

? 1 p. 3, — 1 p. 5 en 6 h.

$\pm$ 1 p. 3, — 1 p. 5 en 24 h.

Culture formolée de 40 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 4 h.

b) 20 avril :

— 1 p. 3 en 6 heures.

? 1 p. 3, — 1 p. 5 en 24 h.

Culture formolée de 6 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 4 h.

c) 13 mai :

? 1 p. 1, — 1 p. 3 en 6 h.

$\pm$ 1 p. 1, — 1 p. 3 en 24 h.

Culture formolée de 30 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 55. — *Infection générale de nature indéterminée.*

Du. Marie, 6 ans, salle Saint-Ferdinand, n° 8; entrée le 13 octobre 1901.

Antécédents. — Père malade depuis 2 ans; crache le sang; les autres parents sont bien portants.

Histoire. — Mal soignée en nourrice; rougeole à 4 ans; varicelle à 5 ans. Tousse depuis longtemps, surtout l'hiver.

Depuis 8 jours, à la suite d'une chute : phénomènes d'infection générale, fièvre, vomissements, douleurs articulaires, céphalée, etc.

Cette infection s'est traduite successivement par de la fièvre continue, au début, puis de grandes oscillations, enfin

par des poussées successives; en dernier lieu apyrexie définitive. Les manifestations locales ont consisté en érythèmes et pustules disséminés sous la peau, en arthropathies multiples, en poussées de céphalée et de rachialgie, en douleurs abdominales.

Elle sort complètement guérie le 8 janvier 1902.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

12 décembre 1901 :

— 1 p. 3 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 40 jours. Etalon + 1 p. 40 $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 56. — *Endocardite infectieuse.*

M..., Judith, 43 ans, salle Saint-Ferdinand, 33; entrée le 14 mars 1902.

Antécédents. — Tous ses parents du côté paternel sont très pâles.

Histoire. — Bien portante jusqu'alors, seulement très pâle naturellement, elle fut prise il y a un mois, à la suite d'une vive frayeur d'une dyspnée d'effort qui est devenue de plus en plus violente. Elle entre avec 400 respirations à la minute et 148 au pouls; on ne peut rien entendre au cœur; aux poumons, quelques râles fins aux bases. Malgré cela, bon état général; on a toutes les peines du monde à tenir la petite au lit; température entre 38° et 39°.

Meurt le 26 mars en asystolie avec dyspnée et angoisse; température : 40°.

AUTOPSIE. — *Endocardite infectieuse* : collerette de végétation sur la mitrale et les sigmoïdes aortiques; persistance du canal artériel. Viscères à la fois *cardiaques* et *infectieux*. Pas de tuberculose.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

15 mars :

— 1 p. 3 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 45 jours. Etalon; + 1 p. 40, $\pm$ 1 p. 15 en 6 heures.

II. Méningite tuberculeuse

Observation 57. — *Méningite tuberculeuse.*

Ar..., Marie, 5 ans, salle Saint-Ferdinand, 6; entrée le 13 janvier 1902.

Pas d'*antécédents* de tuberculose.

Histoire. — A eu la rougeole. A toujours été un peu chétive. L'affection actuelle date d'un mois : céphalée, tristesse, manque d'entrain, somnolence. Dès le début : vomissement et constipation. Etat actuel : céphalée, photophobie, assoupissement. Pas de paralysie ni de contractures. Pas de s. de Kernig. Mydriase. Respiration irrégulière, avec pauses, sans Cheyne-Stokes.

17 janvier. — Deux crises convulsives, subcoma. Rétention de l'urine et des matières.

18 janvier. — Coma absolu. Meurt dans une crise convulsive à 40 heures du soir; la température à ce moment est de 41,5.

AUTOPSIE. — Méningite tuberculeuse : granulations et exsudat très peu abondant à la base du cerveau, le long des scissures et des carrefours.

Broncho-pneumonie diffuse du poumon droit; quelques rares granulations. Rien au poumon gauche. Adénopathie trachéo-bronchique caséeuse. Quelques granulations sur la rate.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

15 janvier :

+ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5, — 1 p. 10 en 6 h.

+ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, ? 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 9 jours. Etalon : $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 58. — *Méningite tuberculeuse.*

Pl..., Louise, 8 ans, salle Sainte-Jeanne; entrée le 12 février 1902.

Méningite tuberculeuse ayant évolué d'une façon absolument schématique; après une période d'incubation de trois semaines, céphalée, vomissement, constipation, contractions, strabisme pendant cinq jours; puis amélioration trompeuse pendant 48 heures; et mort dans le coma le 15 février, avec des phénomènes de paralysie, de l'irrégularité du pouls et de la respiration. — Opposition à l'autopsie.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

15 février :

+ + 1 p. 3, — 1 p. 5 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 5 jours. Etalon : $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 59. — *Méningite tuberculeuse.*

T..., Philomène, 7 ans, salle Saint-Ferdinand, 12; entrée le 1^{er} avril 1902.

Pas d'*antécédents* de tuberculose; mais élevée par des laitiers a toujours bu du lait cru.

Histoire. — Excellente santé habituelle; rougeole et coqueluche autrefois. Début le 19 mars (toutefois légers prodromes depuis 15 jours) : céphalée, vomissements, constipation, somnolence, fièvre modérée. Délire et crises convulsives depuis le 31 mars.

1^{er} avril. — Les signes s'aggravent rapidement : coma, paraplegie, s. de Kernig et de Babinski. Crises convulsives.

Mort le 2 avril. — Opposition à l'autopsie.

EXPÉRIENCES. — 1° *Séro-diagnostic tuberculeux.*

A. *Avec le sérum sanguin.*

4 avril :

+ 1 p. 3, + 1 p. 5, — 1 p. 10 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 35 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 4 h.

B. *Avec le liquide céphalo-rachidien.*

4 avril :

? 1 p. 3, — 1 p. 5 en 6 h.

$\pm$ 1 p. 3, — 1 p. 5 en 24 h.

Même culture.

2° *Cytologie du liquide céphalo-rachidien.*

Lymphocytose manifeste ; très rares polynucléaires.

Observation 60. — *Méningite tuberculeuse.*

Per..., Stéphanie, 18 mois, crèche Saint-Ferdinand, 22 ; entrée le 2 avril 1902.

Antécédents. — Père mort tuberculeux ; un frère mort de bronchite ; trois autres frères ou sœurs bien portants.

Histoire. — En janvier dernier : bronchite. Depuis deux mois dépérit. Depuis un mois tousse ; depuis quinze jours et surtout depuis quatre jours, aggravation considérable. Dans la nuit du 31 mars au 1^{er} avril, convulsion ayant duré deux heures.

Somnolence, convulsions des globes oculaires, strabisme intermittent.

8 avril. — Subcoma, convulsion, inégalité pupillaire, gonflement énorme des veines temporales. Une première ponction lombaire retire 80 cc. d'un liquide limpide ; amélioration légère qui ne dure pas.

9 avril. — Deuxième ponction lombaire de 70 cc. Pas d'amélioration nette, meurt à 5 heures du soir.

AUTOPSIE. — *Méningite tuberculeuse* : exsudat et granu-

lations dans les sillons, assez nets à la base, devant être recherchés avec soin à la convexité.

Pas de tuberculose dans les autres organes. *Pas de ganglions tuberculeux*. Lésions assez légères de bronchopneumonie banale dans les deux poumons.

EXPÉRIENCES. — 1° *Séro-diagnostic tuberculeux*.

A. *Du sérum sanguin*.

4 avril :

— 1 p. 3, en 6 et 24 h.

Culture formolée de 35 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

B. *Du liquide céphalo-rachidien*.

4 avril :

— 1 p. 3 en 6 et 24 h.

Même culture.

2° *Cytologie du liquide céphalo-rachidien*.

Après centrifugation, dépôt très peu abondant ; un grand nombre de cellules altérées. Parmi celles qui sont intactes, on ne trouve presque que des mononucléaires, et surtout des lymphocytes ; quelques très rares polynucléaires.

Observation 61. — *Méningite tuberculeuse*.

Lar..., Louise, 13 ans, salle Saint-Ferdinand ; entrée le 20 mai 1902.

Pas d'*antécédents* de tuberculose.

Histoire. — Nourrie au sein, a marché à 13 mois. Jamais de convulsions ; rougeole à 2 ans ; coqueluche à 6 ans. Pas de suppuration auriculaire.

Il y a un mois crises d'épigastralgie. Le 5 mai : céphalée, vomissements sans efforts, constipation. Le 18 mai, perte de connaissance.

Actuellement : Perte de connaissance absolue et torpeur. Raie méningitique. Pas de paralysie. Raideur des membres inférieurs, grincement des mâchoires. Pas de Kernig, ni de Babinski. Ventre rétracté.

21 mai. — Ponction lombaire : 20 cc. de liquide clair.

23 mai. — Deuxième ponction lombaire : 30 cc. de liquide clair. Légère amélioration ; est plus éveillée.

27 mai. — Troisième position : 45 cc. de liquide.

28 mai. — Coma, carphologie. Mort le 30 mai.

AUTOPSIE. — Exsudat blanchâtre avec nombreuses granulations le long des vaisseaux de la base. Ventricules distendus par le liquide céphalo-rachidien. Quelques granulations le long des artères spinales.

Adénopathie trachéo-bronchique caséuse. Granulations disséminées sur le foie, la rate, les reins, très nombreuses dans les poumons.

EXPÉRIENCES. — 1° *Séro-diagnostic tuberculeux.*

A. *Du sérum sanguin.*

25 mai :

++ 1 p. 3, — 1 p. 5 en 6 h.

++ 1 p. 3, ± 1 p. 10 en 24 h.

Culture formolée de 6 jours. Etalon : + 1 p. 40, ± 1 p. 45 en 6 h.

B. *Du liquide céphalo-rachidien.*

25 mai :

— 1 p. 4 en 6 et en 24 heures.

Même culture.

2° *Cytologie du liquide céphalo-rachidien.*

Très grande majorité de lymphocytes.

Observation 62. — *Méningite tuberculeuse.*

Let..., Julie, 7 ans et demi, salle Saint-Ferdinand, n° 7 ; entrée le 18 juin 1902.

Antécédents. — Mère tuberculeuse.

Histoire. — Très bonne santé habituelle. Depuis 45 jours, somnolence, changement de caractère ; depuis le 10 juin :

vomissements, constipation opiniâtre ; céphalée et somnolence ; s. de Kernig, inégalité pupillaire.

Décès le 5 juillet.

AUTOPSIE. — Congestion des vaisseaux méningés ; volumineux exsudat fibrino-purulent dans l'espace inter-pédonculaire, s'étalant sous la protubérance et le bulbe, et la face inférieure du cervelet. Faces latérales du cervelet criblées de granulations.

L'exsudat suit la fente de Bichat et les scissures. Nombreuses granulations le long des vaisseaux. Dilatation des ventricules latéraux.

Gros exsudat sous-dure-mérien, englobant la moelle dans toute sa hauteur avec 3 ou 4 granulations.

Ganglions trachéo-bronchiques caséux.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

A. Du sérum sanguin

26 juin :

+ + 1 p. 3, + 1 p. 5, — 1 p. 10 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 30 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

B. Du liquide céphalo-rachidien.

26 juin :

$\pm$ 1 p. 3, — 1 p. 5, en 6 h.

$\pm$ 1 p. 3, ? 1 p. 5, — 1 p. 10 en 24 h.

(Même culture).

Observation 63. — *Méningite tuberculeuse.*

Mer. Jeanne, 6 ans, salle Saint-Ferdinand, n° 9 ; entrée le 13 septembre 1902.

Antécédents. — Pas de tuberculose dans sa famille.

Histoire. — Bonne santé habituelle. Rougeole en juillet 1901, et depuis ne s'est jamais bien portée. Grippe et angine en avril 1902 : coqueluche à la suite, qui a duré 3 mois.

Depuis quelque temps déjà, elle maigrissait, perdait l'appétit et pâlisait ; était triste, ne s'amusait plus, ne dormait plus, lorsque le 3 septembre, elle fut prise de maux de tête violents, avec frissons, douleurs dans le ventre et diarrhée ; le 7, vomissements, puis constipation opiniâtre.

Actuellement. — Torpeur, couchée en chien de fusil, mydriase très accentuée: céphalée occipitale ; raideur de la nuque ; hyperesthésie dans la moitié inférieure du corps ; pas de s. de Kernig ; irrégularité de la respiration ; température, 38. 7. Pas de paralysie.

21 septembre. — La somnolence s'est accentuée de plus en plus : s. de Kernig ; incontinence intermittente des urines et des matières fécales.

22 septembre. — A perdu connaissance depuis hier soir à 7 heures.

On a fait plusieurs ponctions lombaires, donnant toujours issue à une assez grande quantité de liquide céphalo-rachidien clair.

Décès le 27 septembre.

AUTOPSIE. — Méningite tuberculeuse typique. Adénopathie trachéo-bronchique caséeuse.

EXPÉRIENCES. — 1° *Séro-diagnostic tuberculeux.*

A. Du sérum sanguin.

23 septembre :

+ 1 p. 2, $\pm$ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 4, ? 1 p. 5, en 6 h.

+ 1 p. 2, + 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 4, $\pm$ 1 p. 5, en 24 h.

Culture formulée de 15 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15, en 6 h.

B. Du liquide céphalo-rachidien.

23 septembre :

? 1 p. 1, ? 1 p. 2, — 1 p. 3, en 6 h.

$\pm$ 1 p. 1, ? 1 p. 2, 1 p. 3, — 1 p. 4, en 24 h.

Même culture.

2° *Cytologie du liquide céphalo-rachidien.*

Lymphocytose manifeste.

Observation 64. — *Méningite tuberculeuse*, (ex Hawthorn, obs. 56)

S. Simon, 8 ans, salle Argenti, n° 4 ; entré le 13 avril 1901.

Antécédents. — Père mort tuberculeux ; 2 petits frères morts en bas âge dont l'un de méningite.

Histoire. — Début il y a 8 jours seulement des symptômes apparents. On porte le diagnostic de méningite tuberculeuse.

Le 17 avril, ponction lombaire. Décès le 26 avril.

AUTOPSIE. — Méningite tuberculeuse, ganglions trachéo-bronchiques caséeux.

EXPÉRIENCES. — 1° *Séro-diagnostic tuberculeux.*

A. Du serum sanguin.

17 avril :

+ 1 p. 5, — 1 p. 10, 1 p. 20, en 6 et 24 h.

Culture non diluée de 10 jours.

B. Du liquide céphalo-rachidien.

17 avril :

+ 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10 — en 6 et 24 h.

Même culture.

2° *Cytologie du liquide céphalo-rachidien.*

Abondance de mononucléaires.

Observation 65. — *Méningite tuberculeuse*, (ex Hawthorn, obs. 57)

G. Marguerite, 5 ans, salle Zarifi, n° 3 ;

Arrive malade depuis près d'un mois et demi, avec tous les signes classiques d'une méningite tuberculeuse : Céphalée, constipation, vomissements, position en chien de fusil, inégalité pupillaire, rétraction des parois abdominales, irrégularité du rythme respiratoire, etc.

Ponction lombaire : liquide abondant, légèrement louche.

AUTOPSIE. — 5 jours après son entrée à l'hôpital : méningite tuberculeuse.

EXPÉRIENCES. — 1° *Séro-diagnostic tuberculeux.*

A. *Avec le sérum sanguin.*

+ 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, — 1 p. 20 en 6 h.

Culture de 10 jours non diluée.

B. *Avec le liquide céphalo-rachidien.*

$\pm$ 1 p. 5, — 1 p. 10 en 5 h.

Même culture.

2° *Cytologie du liquide céphalo-rachidien.*

Gros mononucléaires mélangés à quelques petits mononucléaires.

Affections méningées non tuberculeuses

Observation 66. — *Lymphadénome du cou, propagé aux méninges.*

Gr..., Constant, 7 ans, salle Sainte-Aline, 6; entré le 23 octobre 1901.

Début par une paralysie du moteur oculaire commun; crises d'épilepsie jacksonnienne, avec élévation passagère de la température; adénite cervicale. On pense d'abord à une méningite tuberculeuse, ayant probablement pour point de départ l'adénite cervicale tuberculeuse.

Mais au bout de quelque temps, les accidents se prolongeant sans aggravation nette, on pense à la possibilité d'un néoplasme cérébral; c'est alors qu'on fait le séro-diagnostic.

AUTOPSIE (8 décembre). — Tumeur cancéreuse du cou, probablement primitive (Histologie : lymphosarcôme). Généralisation dans les reins, le pancréas, les méninges. Pas de tubercules. Périostite ultime au niveau du tibia.

EXPÉRIENCES. — 1° *Séro-diagnostic tuberculeux.*

12 décembre 1901 :

— 1 p. 3, en 6 et 24 h.

Culture formolée de 10 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$, 1 p. 15 en 6 h.

2° *Inoculation à 2 cobayes* de fragments de la tumeur. Les cobayes ne deviennent pas tuberculeux.

Observation 67. — Convulsions et subcoma.

Tra, Louis, 44 mois, salle Saint-Ferdinand, 23; entré le 27 avril 1901.

Antécédents. — Mère atteinte de bronchite chronique.

Histoire. — Né à 8 mois; entre trois jours après à la Crèche Saint-Ferdinand, où on lui donne une nourrice. Bonne santé habituelle, il prend bien et augmente de poids d'une façon normale; en novembre, varicelle sans gravité.

2 mars 1902. — Depuis le 9 février, l'enfant prenait tous les huit jours une convulsion; le 24 il en prit deux, et à la suite resta dans le subcoma. Aujourd'hui, il a pris six crises. Pas de signe de méningite. La ponction rachidienne donne issue à un liquide clair.

3 mars. — On s'aperçoit que sa nourrice ne se porte pas très bien depuis quelque temps, et on lui trouve des signes d'induration au sommet droit (*séro-diagnostic tuberculeux* : + 1 p. 10). Serait-ce là la cause des convulsions? S'agirait-il de méningite tuberculeuse? On fait alors le séro-diagnostic.

AUTOPSIE (le 6 mars). — Congestion de l'hémisphère droit.

Pas la moindre trace de tuberculose.

EXPÉRIENCES. — 1° *Séro-diagnostic tuberculeux.*

A. *Du sérum sanguin.*

5 mars :

— 1 p. 3 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 3 jours. Etalon : + 1 p. 15 en 6 h.

B. Du liquide céphalo-rachidien.

5 mars :

— 1 p. 3 en 6 et 24 h.

Même culture.

2° Cytologie du liquide céphalo-rachidien.

Pas d'éléments figurés, malgré une centrifugation prolongée.

Observation 68. — *Méningite cérébro-spinale.*

B..., Anathalie, 7 ans, salle Saint-Ferdinand, 31; entrée le 20 février 1902.

Pas d'antécédents de tuberculose.

Histoire. — Le 18 février, apparition brusque de : céphalée violente, courbature, vomissements; fièvre intense, visage vultueux, température : 39,5.

23 février. — Poussée d'herpès périlabial. L'état général ne s'améliore pas. Céphalée, spasme de l'orbiculaire gauche; rachialgie très intense et signe de Kernig.

1^{er} mars. — Aggravation des symptômes, délire; parfois somnolence.

15 mars. — Diminution lente des symptômes. Le signe de Kernig persiste jusqu'à aujourd'hui.

9 avril. — Sort complètement guérie. Plus aucun symptôme depuis le 15 mars.

EXPÉRIENCES. — 1° *Séro-diagnostic tuberculeux.*

A. Du sérum sanguin.

3 mars :

— 1 p. 3 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 3 jours. Etalon : + 1 p. 15 en 6 h.

B. Du liquide céphalo-rachidien.

3 mars :

— 1 p. 3 en 6 et 24 h.

Même culture.

2° *Cytologie du liquide céphalo-rachidien.*

Majorité considérable de polynucléaires; quelques mononucléaires, en général volumineux; pas ou à peu près pas de lymphocytes.

3° *Le liquide céphalo-rachidien* ensemencé, n'a donné lieu à aucune culture.

Observation 69. — *Convulsions après la rougeole.*

Mag., Jean, 2 ans 1/2, salle des rougeoles; entré le 21 avril 1902.

Histoire. — Rougeole normale de quatre ou cinq jours; râles diffus dans les deux poumons.

Le 22 avril. — Convulsions, pas de signe de Kernig, ni de trépidation plantaire. Suppuration de l'oreille droite. Température: 40°.

23 avril. — Ponction lombaire: 60 c. d'un liquide clair.

24 avril. — Amélioration des symptômes nerveux qui disparaissent rapidement les jours suivants; la température s'abaisse progressivement.

20 mars. — Guérison parfaite. Après la chute de la température, l'enfant a gardé pendant quelques jours un peu de tremblement avec exagération des réflexes.

EXPÉRIENCES. — 1° *Séro-diagnostic tuberculeux.*

A. du sérum sanguin.

27 avril:

— 1 p. 3 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 13 jours. Etalon: + 1 p. 10, $\pm$, 1 p. 15 en 6 h.

B. Du liquide céphalo-rachidien.

27 avril:

— 1 p. 3 en 6 et 24 h.

Même culture.

2° *Cytologie du liquide céphalo-rachidien.*

Pas de dépôt, malgré une centrifugation prolongée.

Observation 70. — Méningite consécutive à une otite.

B..., Marius, 5 ans 1/2, salle Sainte-Aline, 21; entré le 10 juin 1902.

Pas d'*antécédents* de tuberculose. Coqueluche à 3 ans 1/2, puis rougeole, puis otite double, qui dura jusqu'à il y a deux mois.

Le 24 mars 1902. — Crise convulsive avec perte de connaissance, et symptômes qui font penser à une méningite cérébro-spinale. Puis coma pendant quinze jours; puis alternatives d'amélioration et d'aggravation.

Il y a un mois, même scène. Pas de Kernig. Air hébété; parole lente et scandée. Paraplégie incomplète.

8 juillet. — Rougeole.

30 juillet. — Revient de la salle « des rougeoles ». Est toujours dans le même état psychique et physique. Parole moins scandée.

2 août. — Marche seul aujourd'hui, mais titube dès qu'on le lâche.

30 août. — Amélioration progressive.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

26 juin :

— 1 p. 3 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 30 jours. Etalon : + 1 p. 40, $\pm$, 1 p. 45 en 6 h.

CHAPITRE III

TUBERCULOSE DES SÈREUSES

I. Péritonites tuberculeuses

Observation 71. — *Péritonite tuberculeuse.*

Br..., Andrée, 7 ans, salle Saint-Ferdinand, 48; entrée le 17 avril 1902.

Antécédents. — Père tousse et crache depuis 18 mois; mère anémique; deux enfants morts en bas âge.

Histoire. — A toujours eu gros ventre, mais depuis deux mois son ventre a nettement augmenté; l'enfant a maigri est triste, a de la tendance à dormir, quelques vomissements.

Ventre nettement augmenté de volume, très tendu; la palpation en est difficile; il n'est pas très douloureux. Constipation assez accusée, inappétence, pâleur. Respiration un peu rude au sommet droit en avant.

Septembre 1902. — La petite est à Gien, d'où on nous envoie de ses nouvelles. Le ventre est revenu à peu près à son état normal; l'état général est très bon; la petite engraisse et ne tousse pas.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

a) 17 avril 1902 :

+ 1 p. 3, — 1 p. 5 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 6 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

b) 30 mai 1902 :

$++$ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5, — 1 p. 10 en 6 h.

$++$ 1 p. 3, $+$ 1 p. 5, — 1 p. 10 en 24 h.

Culture formolée de 6 jours. Etalon : $+$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 72. — *Péritonite tuberculeuse.*

Me..., Marguerite, 8 ans, salle Saint-Ferdinand, 10 ;
entrée le 22 mai 1902.

Antécédents. — Pas de tuberculose dans sa famille.

Histoire. — Début le 12 mai par : coliques, diarrhée sans vomissements. Le 14, elle doit s'aliter. Huit ou dix selles par jour ; on pense à une fièvre typhoïde (séro-diagnostic typhique négatif). Le ventre est très ballonné, un peu douloureux à l'ombilic, sans plastron ni gargouillement.

28 mai. — Depuis l'entrée, elle n'a pas eu de taches rosées. Le ventre est ballonné ; submatité dans les parties déclives avec changement de son dans les variations de position. Température à grandes oscillations. Veines sous-cutanées abdominales un peu développées. Quelques râles muqueux à la base droite.

18 septembre. — La petite emmenée de l'hôpital le 8 juin, a été très malade chez elle pendant quelques jours. Puis son ventre a peu à peu diminué, en même temps que les douleurs abdominales devenaient moins vives et la diarrhée moins fréquente. Amaigrissement considérable. Envoyée il y a trois semaines à la campagne, d'où on écrit qu'elle commence à prendre des couleurs et des forces et à engraisser un peu.

EXPÉRIENCES : *Séro-diagnostic tuberculeux.*

30 mai 1902 :

$++$ 1 p. 3, $++$ 1 p. 5, — 1 p. 10 en 6 h. et 24 h.

Culture formolée de 6 jours. Etalon : $+$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 73. — *Péritonite tuberculeuse, forme grave.*

La..., Judith, 4 ans, salle Saint-Ferdinand, 4; entrée le 5 juin 1902.

Antécédents. — Un frère mort de méningite.

Histoire. — Souffre depuis six mois de douleurs dans la zone ombilicale; diarrhée en janvier 1902, avec selles noirâtres en février et en mars. Disparition des symptômes depuis un mois. Reprises des douleurs le 30 mai.

A l'entrée: enfant très amaigrie; rachitisme léger. Du côté de l'abdomen: matité dans la moitié sous-ombilicale; variable avec les positions; flot; pas de sensation de gâteaux; pas de veinosités. Rate non sentie; température normale.

10 juin. — Depuis l'entrée, violentes douleurs, deux ou trois fois par jour, en coliques. Pas de diarrhée. Ecoulement des deux oreilles.

16 juin. — Douleurs abdominales extrêmement vives; le ventre a un peu diminué. Température à grandes oscillations depuis huit jours, selles liquides, en bouillie ou séreuses.

24 juin. — La petite est morte chez elle. « Avant la mort, nous écrit le père, le ventre est devenu tout bleu et énorme ». Pas d'autopsie.

EXPÉRIENCES: *Séro-diagnostic tuberculeux.*

11 juin:

— 1 p. 3, en 6 h. et en 24 h.

Culture formolée de 18 jours. Etalon: + 1 p. 10 $\pm$ 1 p. 15 en 4 h.

Observation 74. — *Péritonite tuberculeuse.*

Gu..., Elisa, 8 ans, salle Saint-Ferdinand, 35; entrée le 5 juin 1902.

Pas d'*antécédents* de tuberculose.

Histoire.— L'affection a débutée brusquement le 18 mai. A la suite d'une chute sur les genoux et le ventre, survinrent des vomissements abondants et de vives douleurs dans l'abdomen surtout à droite. Le lendemain, diarrhée qui a persisté depuis par intermittences, ainsi que les douleurs. Alitement dès le début.

Actuellement : Amaigrissement notable ; température à oscillations (37,9 — 39,4). Ventre gros dans la moitié sous-ombilicale, très sensible à ce niveau, où on sent un épais gâteau, remontant jusqu'au foie ; à ce niveau, matité, sans flot, avec dilatation légère des veines abdominales, micro-polyadénie dans les aines et les aisselles.

21 juillet. — La diarrhée a cessé vers le 15 juin, en même temps que s'abaissait définitivement la température. Actuellement, l'abdomen est souple, on n'y trouve plus ni résistance, ni tumeur.

21 septembre. — On a des nouvelles : la petite engraisse et va très bien. Elle n'a plus souffert de l'abdomen.

EXPÉRIENCES : *Séro-diagnostic tuberculeux.*

11 juin :

++ 1 p. 3, — 1 p. 5 en 6 h.

++ 1 p. 3, ± 1 p. 5, — 1 p. 10 en 24 h.

Culture formolée de 48 jours. Etalon : + p. 10, ± 1 p. 15 en 4 h.

Observation 75. — *Péritonite tuberculeuse, forme ascitique.*

Ol..., François, 12 ans, salle Sainte-Aline, 48 ; entré le 10 mai 1902.

Antécédents. — Mal connus. Plusieurs enfants bien portants.

Histoire. — Bonne santé habituelle. Bronchite il y a dix mois ; alla ensuite à la montagne. A son retour on s'aperçut que son ventre grossissait, sans douleur ni trouble digestif quelconque. Amaigrissement peu marqué. A l'examen :

Ventre distendu par une ascite assez considérable ; flot lombo-abdominal. On ne perçoit aucun gâteau.

12 août. — L'enfant sort aujourd'hui. Le ventre est très souple, sans traces d'ascite, ni d'induration nulle part. Fonctions intestinales parfaites. Bon appétit. Foie très gros. Rien aux poumons.

13 septembre. — Très bon état général. Pas de troubles abdominaux.

EXPÉRIENCES : *Séro-diagnostic tuberculeux.*

26 juin :

++ 1 p. 3, ++ 1 p. 5, — 1 p. 10 en 6 h.

++ 1 p. 3, ++ 1 p. 5, ± 1 p. 10 en 24 h.

Culture formolée de 30 jours. Etalon : + 1 p. 10, ± 1 p. 15 en 4 h.

Observation 76. — *Péritonite tuberculeuse, forme fibro-caséuse.*

Fo..., Gilbert, 14 ans, salle Sainte-Aline, 6 ; entré le 8 mai.

Histoire. — Serait malade depuis quinze jours seulement. Abdomen volumineux, tendu, sans ascite. Vomissements verdâtres.

29 mai. — Gâteaux péritonéaux très nets. Amaigrissement.

6 juin. — Température à grandes oscillations. Empâtement de la fosse iliaque droite.

21 juillet. — Phlébite de la jambe gauche.

Mort le 4 août.

AUTOPSIE : Anses intestinales adhérentes entre elles, adhérentes aussi à la paroi abdominale et au bassin. Nombreuses masses caséuses disséminées. Gros tubercules crus en voie de ramollissement, disséminés dans le pumon droit.

EXPÉRIENCES : *Séro-diagnostic tuberculeux.*

26 juin :

++ 1 p. 3, ++ 1 p. 5 ± 1 p. 10, -- 1 p. 15 en 6 h.

++ 1 p. 3, ++ 1 p. 5 + 1 p. 10, — 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 30 jours. Etalon : + 1 p. 10, ± p. 15 en 4 h.

Observation 77. — *Péritonite tuberculeuse* (in thèse
Buard. Obs. V.)

N. Lorraine, 9 ans; salle 15, lit 5, entrée en juin 1899.

Antécédents. — Père et mère bien portants, une sœur morte de méningite tuberculeuse, un frère bronchitique, une sœur atteinte de mal de Pott; 5 autres frères ou sœurs bien portants.

Histoire. — Elle-même bien portante jusqu'à cette année où elle entre en juin à l'hôpital avec poussée de péritonite. Elle présentait un léger épanchement ascitique, sans grandes oscillations thermiques, mais avec un amaigrissement rapide. Nous trouvons maintenant un ventre ballonné légèrement avec de larges zones nettement perceptibles d'empâtement, zones correspondant à de la submatité; la matité hépatique est augmentée. A l'auscultation de l'appareil respiratoire, nous trouvons à gauche une très légère diminution du murmure vésiculaire correspondant à une diminution peu appréciable de la sonorité à la percussion. Pas d'engorgement ganglionnaire. Etat général assez bon, avec appétit.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

2 décembre 1899 :

± 1 p. 3, — 1 p. 5 en 4 h.

Culture non diluée, de 5 jours.

Observation 78. — *Péritonite tuberculeuse.*

C. Alexandre, 5 ans; salle 14, lit 1 (*in* thèse Buard, obs. VIII).

Antécédents. — Père mort on ne sait de quoi, mère bien portante, un frère également bien portant.

Histoires. — A eu des ganglions suppurés pour lesquels il a été soigné à la clinique de M. le professeur Piéchaud. Il tousse tous les hivers. Il entre pour des douleurs abdominales et se présente à nous avec un ventre très bombé, surtout à gauche, sans cependant que la cicatrice ombilicale soit complètement étalée; il présente une circulation collatérale très marquée, météorisme marqué en certains points, qui ne varie pas, même dans le décubitus latéral. Pas de sensation de flot. On constate à la palpation une résistance généralisée avec une énorme masse en contact avec la paroi abdominale, occupant la portion inférieure et latérale gauche et gagnant un peu sur la droite au delà de la ligne médiane.

Cette masse présente un grand axe oblique de haut en bas, et de gauche à droite atteignant de ce côté le point de Mac-Burney; elle est douloureuse, à surface inégale. Il a un système pileux développé. L'enfant présente en outre des cicatrices sur les faces latérales du cou, donnant l'aspect de cicatrices de brûlure avec, à la périphérie, de petits nodules d'aspect lupique.

Du côté des poumons, nous remarquons à droite en arrière une diminution de la sonorité à la base, avec un peu de frottement et les deux temps de la respiration égaux. En avant, à gauche, rudesse respiratoire avec diminution de la sonorité dans les deux premiers espaces intercostaux.

(Depuis l'enfant a succombé à une broncho-pneumonie à marche rapide).

. EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

10 janvier 1900 :

++ 1 p. 3, + 2 p. 15, + 1 p. 15 en 4 h.

Culture non diluée, de 10 jours.

Observation 79. — *Péritonite tuberculeuse, forme ascitique.*

Ch. Marie, 10 ans, salle Saint-Ferdinand, n° 36, entrée le 17 avril 1902.

Antécédents. — Un frère à Sainte-Aline pour péritonite tuberculeuse (observation 80); une sœur morte de broncho-pneumonie tuberculeuse.

Histoire. — Souffre du ventre depuis 15 jours. Sa mère trouve que son ventre a grossi.

L'abdomen est tendu, un peu dur; on sent des masses vagues le long du colon, qui est un peu douloureux. Rien aux poumons; température irrégulière, entre 37,5 et 38,1.

15 mars. — Ascite très nette, assez considérable.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

20 avril :

++ 1 p. 3, ++ 1 p. 5, ++ 1 p. 10, — 1 p. 15, en 6 et 24 h.

Culture formolée de 6 jours. — Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15, en 6 h.

Observation 80. — *Tuberculose pleuro-péritonéale : péritonite tuberculeuse (forme fibreuse); épanchement de la plèvre droite avec tuberculose pulmonaire sous jacente.*

Ch. Justin, 6 ans, salle Sainte-Aline, n° 5, entré le 12 février 1902.

Antécédents. — Une sœur atteinte de péritonite tuberculeuse (obs. 79), une sœur morte de broncho-pneumonie tuberculeuse.

Histoire. — Rougeole, coqueluche l'an dernier; touse toujours un peu depuis.

Depuis 4 ou 5 jours, son ventre a grossi; il a de la fièvre et vomit. Aux poumons : submatité et obscurité de la base droite; rien aux sommets.

1^{er} avril. — Douleurs abdominales. — Matité à la base droite, ventre ballonné.

12 avril. — Voussure et matité à la base droite; obscurité; râles sous-crépitaux fins.

26 avril. — Ni constipation, ni diarrhée. Ventre tendu, non douloureux. Pas d'ascite.

20 mai. — Matité à droite en arrière presque sous la clavicule.

23 mai. — La sonorité revient; amélioration nette de l'état général.

16 mai. — Tous les symptômes abdominaux et pleuro-pulmonaire ont rétrogradé peu à peu. — L'enfant sort du service avec un état général assez bon.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

a) 19 février 1902 :

— 1 p. 3, en 6 h.

$\pm$ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5, ? 1 p. 10, — 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 13 jours. — Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15, en 6 h.

b) 27 avril 1902.

— 1 p. 3, en 6 et 24 h.

Culture formolée de 13 jours. — Etalon : + 10 p. 1, $\pm$ 1 p. 15, en 6 h.

Observation 81. — *Tuberculose pleuro-péritonéale : péritonite tuberculeuse (forme ascitique); épanchement de la base droite.*

Prou Pierre : 14 ans, salle Sainte-Aline, n° 8, entré le 21 mars 1902.

Pas d'*antécédents* de tuberculose dans la famille.

Histoire. — A eu le « carreau » à trois mois. Bronchite presque tous les hivers.

L'affection actuelle a débuté brusquement il y a trois semaines par des douleurs diffuses dans l'abdomen; le

ventre augmenta rapidement de volume, puis diminua un peu.

Actuellement il tousse un peu, est pâle et sans appétit. Ascite très nette, assez considérable, avec flot. Aux poumons : submatité et obscurité à la base droite.

24 mai. — Râles ronflants des deux côtés; souffle aigre expiratoire à la limite de la matité à droite. — Flancs sonores; plus de flot.

25 avril. — Ce matin on sent de nouveau un peu de flot; pas de matité; sonorité hydroaérique dans les flancs. — Matité et souffle à la base droite.

9 mai. — Va s'améliorant. A toujours eu de la température à oscillations, dépassant 38°.

4 juin. — Sort pour aller en convalescence.

Revu le 20 septembre. — A engraisié, bon appétit. Rien du côté de l'abdomen. Tousse un peu; respiration un peu obscure avec légère exagération des vibrations au sommet droit, en arrière, — Râles et frottements persistants à la base droite.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

27 avril 1902 :

+ 4 p. 3, $\pm$ 4 p. 5, $\pm$ 4 p. 10, — 4 p. 15, en 6 et 24 h.

Culture formolée de 13 jours. — Etalon : + 4 p., $\pm$ 4 p. 15 en 6 h.

II. — Pleurésies

A. — PLEURÉSIES SUREMENT TUBERCULEUSES

Observation 82. — *Pleurésie gauche aiguë à début brusque.*

G..., Emma, 14 ans, salle Saint-Ferdinand, 7; entrée le 4 février 1902. Pas d'antécédents de tuberculose.

Histoire. — Pas de maladies antérieures sérieuses. Début brusque le 21 janvier 1902 par un violent point de côté à la

base gauche; puis dyspnée, toux, léger état général; aliement huit jours après.

Actuellement : signes typiques au grand complet d'un épanchement total de la plèvre gauche, avec grande diminution de la sonorité de l'espace de Traube, et refoulement du cœur à droite.

7 février. — *Thoracentèse* retire un litre et demi d'un liquide assez foncé, légèrement hématique, mais limpide.

15 mars. — Le liquide s'est resorbé peu à peu, et a aujourd'hui complètement disparu. Il persiste une coque pleurale se traduisant par : submatité, obscurité et exagération des vibrations.

20 mars. — Part en convalescence à la campagne.

EXPÉRIENCES. — 1° *Radioscopie.*

6 février, Ombre sur tout le côté gauche jusqu'en haut. Immobilité du diaphragme à gauche; refoulement à droite de l'ombre cardiaque.

2° *Inoculation du liquide pleural* à un cobaye. Le cobaye inoculé le 7 février avec 30 cc. de liquide meurt le 4^{er} avril avec une tuberculose d'inoculation typique.

3° *Cytologie du liquide pleural.*

Le 7 février (17^e jour de la pleurésie) : formule très nettement lymphocytaire : nombreux globules rouges; nombreux lymphocytes; pas de polynucléaires.

4° *Séro-diagnostic tuberculeux.*

A. *Du liquide pleural.*

7 février :

± 1 p. 3, ± 1 p. 5, ± 1 p. 10, ± 1 p. 15 en 6 h.

$+$ 1 p. 3, $+$ 1 p. 5, ± 1 p. 10, ± 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 13 jours. Etalon : ± 1 p. 10, ± 1 p. 15 en 6 h.

B. *Du sérum sanguin.*

a) 7 février : (17^e jour).

$++ 1$ p. 3, $++ 1$ p. 5, ± 1 p. 10, ± 1 p. 15 en 6 h.

$++ 1$ p. 3, $++ 1$ p. 5, $+$ 1 p. 10, ± 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 13 jours. Etalon : ± 1 p. 10, ± 1 p. 15 en 6 h.

b) 15 mars (55^e jours) :

++ 1 p. 3, + 1 p. 5, — 1 p. 10 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 15 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 83. — *Pleurésie gauche à résolution rapide.*

Du..., Andrienne, 13 ans et demi, salle Saint-Ferdinand, 31; entrée le 8 avril 1902.

Antécédents. — Un frère mort de méningite; père, mère, et deux sœurs en excellente santé.

Histoire. — Bonne santé habituelle. Tousse et crache depuis le mois de janvier. Il y a 15 jours : état aigu, fièvre, céphalée, vomissements, point de côté à la base G. Actuellement : assez bon état général, malgré un amaigrissement et un affaiblissement marqués; toux sèche fréquente; dyspnée; le point de côté persiste. Aux poumons : à la base gauche, submatité, abolition des vibrations, obscurité, souffle, égophonie; nombreux râles; pas de flot = signes de pleurésie avec poumon congestionné.

16 avril. — Disparition des symptômes à gauche.

7 mai. — Respiration un peu obscure au sommet gauche avec diminution de la sonorité, et exagération des vibrations.

28 septembre. — L'enfant est à Gien, d'où on nous envoie de ses nouvelles : elle a pris 10 kilogs, ne tousse plus depuis un mois. Mais il existe des craquements au sommet gauche.

EXPÉRIENCES. — 1^o *Radioscopie.*

9 avril. — Ombre à la base gauche.

2^o *Séro-diagnostic tuberculeux* (du sérum sanguin).

11 avril :

++ 1 p. 3, ++ 1 p. 5, — 1 p. 10, — 1 p. 15 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 40 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 84. — *Pleurésie à grand épanchement de la base droite.*

V..., Pierre, 2 ans et demi, salle Sainte-Aline; entré le 27 janvier 1902. Enfant sans antécédents de tuberculose; entrée le 27 janvier salle Sainte-Aline pour une coqueluche. Le 17 février, il contracte la scarlatine. Cette scarlatine évolue normalement jusqu'au 15 mars, époque à laquelle la température, qui tendait à la normale, se relève à 39° (infection cutanée).

Le 25 mars. — Température à 39,8; dyspnée; point à la base droite. A l'examen : signes d'un épanchement abondant avec matité totale; 1^{re} ponction, d'urgence.

14 avril. — Les signes d'épanchement vont en régressant; 2^e ponction donne issue à près d'un litre d'un liquide séro-fibrineux un peu foncé.

24 avril. — L'épanchement pleural droit persiste; matité et grande obscurité, quelques râles.

13 mai. — Le côté droit sonne bien. Convalescence. Etat pleural pas très satisfaisant; grand amaigrissement.

5 juin. — Rougeole, puis broncho-pneumonie qui amène la mort le 15 juin.

AUTOPSIE. — Symphyse pleurale droite. Broncho-pneumonie *tuberculeuse* du poumon droit avec petites cavernules au sommet; noyaux caséux disséminés. Volumineux ganglions trachéo-bronchiques caséux. Ganglions mésentériques caséux.

EXPÉRIENCES. — 1^o *Cytologie du liquide pleural.*

Le 16 avril (20^e jour de la pleurésie): formule très nettement lymphocytaire : très grande majorité de lymphocytes; assez grand nombre de mononucléaires et de globules rouges; quelques cellules endothéliales; pas ou presque pas de polynucléaires.

2° *Séro-diagnostic tuberculeux.*

A. du sérum sanguin.

a) 11 avril 1902 (15^e jour) :

— 1 p. 3 en 6 h.

$\pm$ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5. — 1 p. 10 en 24 h.

Culture formolée de 40 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

b) 20 avril (24^e jour) :

? 1 p. 3, — 1 p. 5 en 6 h.

$\pm$ 1 p. 3, — 1 p. 5 en 24 h.

Culture formolée de 6 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

c) 27 avril (31^e jour) :

? 1 p. 3, — 1 p. 5 en 6 h. et en 24 h.

Culture formolée de 13 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

B. Du liquide pleural.

a) 20 avril (24^e jour) :

— 1 p. 3, en 6 et 24 h.

Même culture que pour le sérum.

b) 27 avril (31^e jour) :

— 1 p. 3 en 6 et 24 h.

Même culture que pour le sérum.

Observation 85. — *Epanchement léger de la plèvre droite.*

N..., Emile, 10 ans, salle Sainte-Aline, 19; entré le 21 mars 1902.

Antécédents. — Père à l'hôpital pour bronchite chronique.

Histoire. — S'enrhume assez facilement. Depuis un mois, toussé, a perdu l'appétit, et a maigri. Température = 38,8. Submatité de la base droite avec léger souffle expiratoire, et diminution des vibrations.

15 avril. — Diminution des symptômes de pleurésie. Au

sommet droit, en avant : matité, respiration un peu rude ; expiration prolongée.

14 juin. — Expiration soufflante au sommet gauche en arrière. Matité sibilances éclatantes, et râles sous-crépitaux au sommet droit en avant.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux* (du sérum sanguin).

a) 27 avril 1902 :

$++$ 1 p. 3, $++$ 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, — 1 p. 15 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 13 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 4 h.

b) 16 juin 1902 :

$\pm$ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5, — 1 p. 10 en 6 h.

$+$ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, ? 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 30 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 4 h.

Observation 86. — *Pleurésie séro-fibrineuse gauche* (in-thèse Buard obs. II).

D..., Pierre, 12 ans, salle 14, lit 11.

Antécédents. — Père éthylique et tuberculeux, mère tuberculeuse. Rien à noter dans ses antécédents personnels.

Histoire. — Malade depuis l'hiver dernier, se trouve dans la salle depuis le mois de février 1899 où il est entré avec tous les signes d'un épanchement énorme de la plèvre gauche, déplacement du cœur, qui battait sous le mamelon droit. On lui retire 400 gr. de liquide citrin ; l'enfant se trouve très fatigué et reste dans un état stationnaire jusqu'en juin. En juillet il fait une légère poussée d'ictère avec hypertrophie hépatique.

En novembre, au moment où nous le voyons, il se présente avec un état général assez bon, avec cependant un épanchement moyen de la plèvre gauche et son cœur battant toujours sous le mamelon droit, où il semble fixé. Rien à l'auscultation des poumons.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

A. Du liquide pleurétique.

23 novembre 1899 (8^e mois) :

+ 1 p. 5, + 2 p. 15, $\pm$ 1 p. 15 en 4 h.

Culture de 5 jours, non diluée.

B. Du sérum sanguin.

23 novembre 1899 :

++ 1 p. 5, + 2 p. 15, + 1 p. 15 en 4 h.

Même culture.

B. — PLEURÉSIES DOUTEUSES

Observation 87. — *Pleurésie gauche; résolution assez rapide.*

Rav. Paul, 8 ans, salle Sainte-Aline, 12; entré le 9 décembre 1901.

Pas d'*antécédents* de tuberculose.

Histoire. — Depuis un an, à la suite d'un coup de froid, ne se portait pas très bien, toussait souvent (on lui appliqua 2 topiques sur le côté gauche).

Etat aigu datant de 15 jours environ. Signes évidents de pleurésie de la base gauche (matité, silence, souffle, etc.).

10 janvier 1902. — On commence à entendre la respiration au poumon gauche, souffle intense, quelques râles après la toux, dyspnée vive; cyanose légère.

17 janvier. — Mêmes signes stéthoscopiques. Etat général meilleur.

12 février. — L'enfant quitte le service; il persiste à gauche des râles et du souffle. Assez bon état général; mais enfant très pâle.

28 septembre 1902. — L'enfant est à Gien, d'où on nous envoie des nouvelles; il ne tousse pas du tout, mais peu après son arrivée, il a eu une arthrite tibio-tarsienne droite,

avec un peu d'épanchement, qui a persisté jusqu'à présent. Bon état général et bon appétit.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux* (du sérum sanguin).

19 janvier 1902 :

+ 1 p. 3, + 1 p. 5, + 1 p. 10 + 1 p. 15 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 9 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 7 h.

Observation 88. — *Pleurésie séro-fibrineuse gauche* (in thèse Buard, obs. I).

Ch. Maurice, 13 ans, salle 14, lit 4.

Antécédents. — Père et mère bien portants; une sœur tuberculeuse. Nourri au sein par sa mère; a eu la rougeole et la scarlatine, ne paraissant pas avoir laissé de traces. A depuis l'âge de 9 ans des crampes d'estomac, sans inappétence ni troubles intestinaux.

Histoire de la maladie. — Au début de novembre, brusquement, il sentit un point de côté gauche avec douleurs de tête, et malaise général; il suffoquait lorsqu'il voulait se baisser. Il fut pris de fièvre, de dyspnée qui l'amènent à l'hôpital, où, à l'examen, on reconnaît un épanchement abondant de la plèvre gauche, Ponctionné, on lui retire 900 gr. d'un liquide citrin clair. L'amélioration marche très rapidement et l'enfant sort au bout de trois semaines avec quelques frottements au niveau de la plèvre gauche, et dans un état général excellent.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

A. Du sérum sanguin.

18 novembre (15^e jour) :

+ p. 5, + 2 p. 15, + 1 p. 15 en 4 h.

Culture non diluée, de 5 jours.

B. Du liquide pleurétique.

18 novembre :

+ 1 p. 5, + 2 p. 15, — 1 p. 15 en 4 h.

Même culture.

Observation 89. — *Pleurésie gauche à grand épanchement.*

Mauv., Pierre, 10 ans; salle Sainte-Aline, 4; entré le 23 janvier 1902.

Pas d'*antécédents* de tuberculose, bonne santé habituelle.

Histoire. Début il y a 8 jours par frissons, point, dyspnée, toux; température : 38°5, Signes de grand épanchement de la plèvre gauche, avec matité de l'espace de Traübe et refoulement du cœur, skodisme sous-claviculaire.

26 mars. — L'épanchement s'est résolu très rapidement et l'enfant part aujourd'hui en convalescence à la campagne.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux* (du sérum sanguin).

19 février (35^e jour) :

++ 1 p. 3, — 1 p. 5, en 6 h.

++ 1 p. 3, ± 1 p. 5, ± 1 p. 10, ± 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 5 jours. Etalon : ± 1 p. 10, ± 1 p. 15 en 6 h.

Observation 90. — *Pleurésie gauche en résolution.*

Di R. Virginius, 13 ans 1/2, salle Sainte-Aline, 4; entré le 7 avril 1092.

Pas d'*antécédents* de tuberculose, bonne santé habituelle.

Histoire. — Depuis un mois a perdu l'appétit et maigri. Depuis 6 jours, toussé et se plaint d'un point de côté gauche. On constate les signes classiques d'un épanchement à la base gauche, avec matité de l'espace de Traübe, température à 38°9, léger état général.

15 avril. — Les symptômes d'épanchement ont beaucoup diminué, la température est normale.

26 avril. — Râles et souffle léger à la base gauche.

EXPÉRIENCES : *Séro-diagnostic tuberculeux* (du sérum sanguin).

27 avril :

+ + 1 p. 3, + + 1 p. 5 + + 1 p. 10, — 1 p. 15 en 6 h.

Culture formolée de 13 jours. Etalon : + 1 p. 10 $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 91. — *Pleurésie gauche à grand épanchement.*

Ch., Georges, 4 ans, salle Ste-Aline, 2; entré le 9 mai 1902.

Pas d'*antécédents* de tuberculose, bonne santé habituelle.

Histoire. — Début il y a 8 jours, souffre du ventre, tousse un peu et est essoufflé. A l'examen : signes classiques d'un épanchement assez considérable à gauche.

17 mai. — L'épanchement commence à diminuer.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux* (du sérum sanguin).

a) 16 mai 1902 (15^e jour).

— 1 p. 3 en 6 h.

? 1 p. 3, — 1 p. 5 en 24 h.

Culture formolée de 30 jours. Etalon : + 1 p. 10 $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

b) 30 mai (30^e jour) :

— 1 p. 3 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 6 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 92. — *Pleurésie gauche à grand épanchement.*

Pin, Jean, 6 ans, salle Sainte-Aline, 4; entré le 9 juin 1902.

Pas d'*antécédents* de tuberculose, très bonne santé habituelle. Il y a 15 jours, point dans le côté gauche, puis état aigu avec fièvre vive. — Enfant très pâle; signes typiques

d'un épanchement très abondant de la plèvre gauche; toutefois l'espace de Traube reste sonore.

21 juin. — Régression de l'épanchement.

15 septembre. — L'enfant a eu une longue convalescence et ne s'est rétabli que très lentement.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux* (du sérum sanguin).

26 juin (30^e jour) :

$\pm$ 1 p. 3, — 1 p. 5 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 30 jours. Etalon : + 1 p. 10 $\pm$ 1 p. 15 en 4 h.

Observation 93. — *Pleurésie droite en octobre 1900; pleurésie gauche en juillet 1901.*

R., Dominique, 13 ans, salle Sainte-Aline, 9.

Cet enfant, *sans antécédents* tuberculeux nets, a eu en octobre 1900 une pleurésie droite totale; en convalescence à l'asile Saint-Eugénie, il y contracte la rougeole. En juillet 1901, il revient dans le service, où on constate une pleurésie gauche totale, qui se résout peu à peu assez lentement. Quand nous voyons l'enfant (19 janvier 1902), il n'existe plus du tout d'épanchement, l'enfant est convalescent, et va sortir du service. Il est pâle, maigre, et n'a pas un état général bien brillant.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux* (du sérum sanguin).

19 janvier 1902 :

+ 1 p. 3, + 1 p. 5, + 1 p. 10, + 1 p. 15 en 6 h.

Culture formolée de 9 jours. Etalon : $\pm$ 1 p. 10 $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 94. — *Pleurésie en janvier 1902; symphyse pleurale; dextrocardie.*

P., Mathias, 5 ans 1/2; salle Sainte-Aline, 6; entré le 25 février 1902.

Pas d'*antécédents* de tuberculose, bonne santé habituelle.

Histoire. — Malade depuis janvier 1902; entré en février parce qu'il tousse, n'a pas d'appétit, maigrit, a des sueurs, il se plaint du ventre et du côté gauche, est essoufflé, et a l'aspect strumeux. Température : 37°6 — 39°9.

A l'examen : rétraction de tout le côté gauche, avec matité, obscurité du murmure, respiration soufflante au sommet. Pas de liquide. Le cœur a sa pointe dans le quatrième espace droit.

30 mai. — Quoique pâle, a un assez bon état général. Matité dans tout le côté gauche en arrière, et sous la clavicule. Dans toute cette région, respiration soufflante, et ça et là quelques râles humides. Pas de liquide.

16 septembre 1902. — On a des nouvelles du petit: il va très bien, engraisse, va à l'école, et, nous dit sa mère, est « extrêmement diable ».

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux* (du sérum sanguin).

27 avril 1902 :

— 1 p. 3 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 13 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

C. PLEURÉSIES SUREMENT NON TUBERCULEUSES

Observation 95. — *Pleurésie purulente post pneumonique.*

B., Françoise, 6 ans, salle St-Ferdinand, 35. A la convalescence d'une pneumonie légère, on s'aperçoit que la

petite est essoufflée, et présente une température de 38°5. Submatité et flot léger à une base, on fait une ponction explorative qui retire un peu de pus. Cette pleurésie purulente se résout d'ailleurs spontanément sans qu'il y ait lieu d'intervenir.

EXPÉRIENCES. — 1° *Examen bactériologique* du pus.

Pneumocoques encapsulés très nombreux sur les préparations.

2° *Séro-diagnostic tuberculeux* (du sérum sanguin).

12 janvier 1902 :

— 1 p. 3 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 2 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15, en 6 h.

Observation 96. — *Pleurésie séro-fibrineuse de la base gauche* (pleuro-pneumonie).

M., Léontine, 2 ans 1/2, salle Saint-Ferdinand, 40; entré le 8 janvier 1902.

Pas d'*antécédents* de tuberculose.

Histoire. — Etat aigu depuis 8 jours, s'est mise à tousser à perdre de l'appétit et à avoir de la fièvre. Matité de tout le côté gauche, sans voussure ni flot, avec souffle intense surtout au sommet; râles sur toute la hauteur en avant; pas ou presque pas de fièvre actuellement. Une ponction exploratrice ramène un liquide *séreux très fibrineux*.

26 janvier. — En avant tout a disparu, en arrière il existe des frottements secs qui éclatent sur toute la hauteur.

EXPÉRIENCES. — 1° *Cytologie du liquide pleural*.

11 janvier (11^e jour).

Très peu d'éléments figurés, presque pas de lymphocytes, quelques grandes cellules mononucléaires, *majorité de polynucléaires*, assez grand nombre de cellules endothéliales.

2° Séro-diagnostic tuberculeux.

A. Du sérum sanguin.

12 janvier (12^e jour) :

— 1 p. 3 en 6 et 24 h.

Culture formulée de 2 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

B. Du liquide pleural.

12 janvier :

— 1 p. 3 en 6 et 24 h.

Même culture.

Observation 97. — *Pleurésie séreuse non tuberculeuse*
(in Hawthorn, obs. 33).

N. Gennaio, 5 ans, salle Argenti, 20; entré le 21 avril 1901, malade depuis 8 jours. Au début, fièvre et symptômes généraux infectieux, signes de pleurésie. *Thoracenthèse* : nous retirons 600 gr. de liquide séreux, le trocard bute contre le poumon congestionné.

5 juin. — L'enfant est complètement guéri, la résolution des lésions pleuro-pulmonaires a été complète.

EXPÉRIENCES. — 1° *Cytologie du liquide pleural.*

Polynucléaires nombreux, et quelques mononucléaires, pas de bactéries.

2° Séro-diagnostic tuberculeux.

Séro-réaction complètement *négative*, pour le liquide pleurétique et le sérum sanguin.

III. — Péricardies tuberculeuses

Observation 98. — *Péricardite tuberculeuse évoluant vers la symphyse ou la résolution spontanée.*

M..., Olympe, 14 ans, salle Saint-Ferdinand.

Antécédents. — Mal connus.

Histoire. — A fait un premier séjour dans le service du 26 avril 1901 au 14 août 1901, pour une péricardite avec épanchement ; l'épanchement s'est peu à peu résolu mais à son départ, il existait des signes de faiblesse cardiaque, qui faisaient penser à la symphyse.

Revient le 13 novembre 1901. — On a toujours des signes de faiblesse cardiaque : rythme pendulaire fréquent, avec dyspnée d'effort et palpitations, et surtout gros foie, dilatation des veines du cou, très léger œdème pré tibial. Immobilité de la pointe,

14 juin 1902. — Revient d'un séjour à Gien : toujours un peu essoufflée ; mais les signes de faiblesse cardiaque auraient plutôt légèrement diminué, ce qui fait qu'on peut peut-être se demander, si, au lieu d'une symphyse, on n'est pas devant une péricardite tuberculeuse en train de se résoudre spontanément.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

a) 11 janvier 1902 :

$++$ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5, — 1 p. 10 en 6 h.

$++$ 1 p. 3, $+$ 1 p. 5, — 1 p. 10 en 24 h.

Culture formolée de 2 jours. Etalon : $+$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

b) 23 février :

$+$ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

$+$ 1 p. 3, $+$ 1 p. 5, $+$ 1 p. 10, $+$ 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 20 jours. Etalon : $+$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15, en 6 h.

c) 26 juin :

$+$ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5, — 1 p. 10 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 30 jours. Etalon : $+$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 99. — *Symphyse péricardique: cirrrose cardiobacillaire.*

C..., Cyprien, 8 ans, salle Sainte-Aline, 8; entré le 12 août 1901.

Début il y a trois mois par un état aigu ressemblant

à une pneumonie, avec symptômes de méningite. Puis établissement progressif d'anasarque, sans albuminurie. — Symptômes de symphyse péricardique : rythme fœtal, pouls paradoxal, gros foie. — Epanchement évident de la base gauche. — Petit à petit les signes de faiblesse cardiaque s'accroissent.

19 janvier 1902. — Depuis quelques jours : fièvre et état aigu.

1^{er} février. — Evolue très nettement comme une symphyse cardiaque tuberculeuse, la faiblesse cardiaque se manifestant par les signes périphériques.

4 février. — Emmené par son père, très malade.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

19 janvier 1902 :

+ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, — 1 p. 15 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 9 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 7 h.

Observation 100. — *Péricardite à grand épanchement.*

Jac..., Marthe, 14 ans, salle Saint-Ferdinand, 31; entrée le 28 janvier 1902.

Antécédents. — Parents bien portants ; un frère mort de méningite, deux de convulsions ; 3 autres de maladies infectieuses.

Histoire. — A eu la rougeole à 4 ans. En novembre 1901, douleurs dans les genoux et les épaules, avec fièvre et état général infectieux qui dura un mois ; touse également et est oppressée depuis le mois de novembre. (Elle travaillait dans une maison humide où un ouvrier avait contracté des douleurs rhumatismales, et où plusieurs jeunes filles toussaient).

Reprise des douleurs le 23 janvier 1902 ; en même temps augmentation de la dyspnée, amaigrissement, douleurs vives dans la région précordiale.

A l'examen, signes de péricardite avec épanchement ; matité sous la pointe, frottement à la base et dans la région

mésocardiaque. Voussure de la région précordiale. Grande pâleur. On pense à une péricardite rhumatismale.

6 février. — Les signes d'épanchement augmentent ; la matité cardiaque s'accroît, on n'entend plus le frottement pleural rythmé. — Intolérance très marquée pour le salicylate de soude.

8 février. — Depuis 3 jours nombreux accès de suffocation avec cyanose. Essai d'intervention qui ne réussit pas.

9 février. — Dyspnée et cyanose de plus en plus vives. Cœur extrêmement faible ; pouls imperceptible. *Décès le 10 février.*

AUTOPSIE. — Péricardite avec épanchement de 300 gr. environ de liquide clair, et exsudat fibrineux très épais à la surface des deux feuillets. — Quelques adhérences pleurales ; un peu d'épanchement dans la plèvre droite. Ganglions caséeux, épicaudiques et trachéo-bronchiques ; tuberculose ancienne des deux sommets avec points caséeux et une cavernule au sommet droit.

Examen histologique (Dr Thèvenet). Ganglions tuberculeux. Tubercules et cellules géantes dans l'exsudat péricardique.

EXPÉRIENCE. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

A. Du sérum sanguin.

2 février :

+ 1 p. 3, + 1 p. 5, + 1 p. 10, ± 1 p. 15 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 20 jours. Etalon : + 1 p. 10, ± 1 p. 15 en 6 h.

B. Du liquide péricardique (post mortem).

11 février :

+ 1 p. 3, ± 1 p. 5, ± 1 p. 10, ± 1 p. 15 en 6 h.

+ 1 p. 3, + 1 p. 5, + 1 p. 10, ± 1 p. 15, en 24 h.

Culture formolée de 29 jours. Etalon : + 1 p. 10, ± 1 p. 15 en 6 h.

2° *Cytologie du liquide péricardique* (post mortem)

Formule nettement lymphocytaire :

Lymphocyte.....	68 %
Autres mononucléaires.....	8 »
Cellules endothéliales.....	13 »
Polynucléaires.....	11 »

CHAPITRE IV

TUBERCULOSES ATYPIQUES

Observation 101. — *Adénopathie trachéo-bronchique,*

Laf. Jeanne, 11 ans, salle St-Ferdinand, 32; entrée le 6 juin 1902.

Pas d'*antécédents* de tuberculose. Bronchite à 15 mois; rougeole à 3 ans; puis coqueluche. Quinze mois après pleurésie gauche, à la suite de laquelle un médecin aurait porté le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique.

Histoire de la maladie. — En mars 1902, la petite a pris des quintes de toux comme lorsqu'elle avait la coqueluche. Pas d'expectoration, ni de vomissements. Actuellement: enfant petite et maigre. Dyspnée à l'occasion de la marche. Toux quinteuse et de compression typique; à l'examen matité rétrosternale et sous-claviculaire droite, avec respiration soufflante au niveau du sternum en avant et du hile en arrière. Un peu d'aplatissement du thorax à gauche. Ganglion sous-auriculaire droit de la grosseur d'une noisette. Micropolyadénie dans les aisselles et dans les aines.

EXPÉRIENCES. — 1° *Radioscopie*; ombre très nette au niveau des ganglions trachéo-bronchiques.

2° *Séro-diagnostic tuberculeux.*

16 juin 1902.

++ 1 p. 3, ++ 1 p. 5. ++ 1 p. 10, ± 1 p. 15 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 48 jours. — Etalon: + 1 p. 10 ± 1 p. 15 en 4 h.

Observation 102. — *Adénopathie trachéo-bronchique* (in-
thèse Buard, obs. XVII)

D. Jeanne, 11 ans, salle 15, lit 16.

Antécédents. — Père bien portant ; mère morte poitri-
naire ; une sœur bien portante, mais pâle et assez maigre.

Histoire. — Rougeole dans son jeune âge, elle entre main-
tenant pour toux. Elle présente à ce moment de la submatité
des 2 côtés de la colonne vertébrale au niveau des quatre et
cinq premières dorsales ; à l'auscultation, inspiration humée
et saccadée, en avant des 2 côtés ; en arrière respiration
soufflante au niveau du hile avec râles de bronchite aux deux
sommets. Toux coqueluchoïde par moment. Elle maigrit
beaucoup, et déjà elle paraissait faible pour son âge.

An moment où nous prélevons du sang pour nos expé-
riences, elle présente de la submatité nette au niveau du
hile avec des râles sous-crépitaux aux deux sommets et
une respiration très soufflante au sommet droit et au niveau
du hile.

(Depuis l'enfant fait de la fièvre oscillante aux environs
de 39°)

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

17 février :

++ 1 p. 5, ++ 2 p. 15, + 1 p. 15, en 4 h.

Culture non diluée de 9 jours.

Observation 103. — *Adénopathie trachéo-bronchique*
(ex Hawthorn, obs. 8)

C. Jules, 6 ans, salle Argenti, 9 ; entré le 31 mai 1901.

Antécédents. — Mère bien portante. Père alcoolique. A
eu 4 bronchites à intervalles rapprochés.

Histoire. — Entre dans le service avec toux sèche, quin-
teuse, coqueluchoïde depuis un mois. Circulation sous-
cutanée thoracique très développée ; face bouffie, gros gan-

glions cervicaux et axillaires. Diagnostic clinique : adénopathie trachéo-bronchique, d'origine probablement tuberculeuse.

Après une amélioration temporaire, une poussée congestive se produit en juillet ; l'enfant a alors deux hémoptysies, et un foyer soufflant au sommet droit. Il sort vers le 20 juillet, amélioré, mais présentant au même sommet un foyer d'induration nette.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

6 juin :

° ++ 1 p. 5, ++ 1 p. 10, + 1 p. 20 en 3 h.

Culture non diluée de 10 jours. Etalon : + 1 p. 20 en 4 h.

Observation 104. — *Adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse* (ex. Hawthorn), obs. 53).

C..., 4 ans, salle Zarifi, n° 1 ; entré le 30 janvier 1902.

Antécédents tuberculeux dans la famille.

Histoire. — Enfant pâle, amaigrie, tousse depuis 4 mois, ventre gros peu tendu. Polymicroadénie cervicale et axillaire plus accusée à gauche. Submatité dans la portion interne de chaque sommet ; sonorité normale dans leur portion externe. Respiration très bruyante au sommet gauche dans sa partie interne, accompagnée de râles sous-crépitaux fins ; de même au niveau du hile du même côté.

EXPÉRIENCES : *Séro-diagnostic tuberculeux.*

8 février :

+ 1 p. 5, ± 1 p. 10, — 1 p. 20, en 6 h.

+ 1 p. 5, + 1 p. 10. ± 1 p. 20, en 20 h.

Observation 105. — *Infiltration tuberculeuse de la base gauche.*

O. François, 2 ans 1/2, salle Sainte-Aline, 25.

Pas d'*antécédents* de tuberculose.

Histoire. — A eu la varicelle, la rougeole, la coqueluche, une bronchite capillaire. Est grognon, agité et tousse un peu. Nombreux ganglions; blépharite ciliaire; écoulement séreux par le nez; température : 37, 8. Etat général peu satisfaisant. Parasitisme.

Décembre 1901. — Tousse souvent, et après les quintes, crache un peu de sang. Pas de fièvre. Matité et obscurité complètes de la base droite; pas de skodisme. Nombreux râles de ramollissement à la base et à la partie moyenne du poumon gauche. Ponction exploratrice négative. Dyspnée.

18 janvier 1902. — Fièvre : 40° hier soir. A l'auscultation, sonorité diminuée, souffle et râles muqueux. Depuis 2 ou 3 jours, l'enfant plus mal est très essoufflé et a de la fièvre. C'est alors qu'on fait le séro-diagnostic.

8 mars. — N'a plus de fièvre, mais est toujours très dyspnéique. Poumon droit : matité jusqu'à la pointe de l'omoplate; diminution du murmure; quelques râles fins. Souffle dans la fosse sous-épineuse. Pas de skodisme. Poumon gauche : Sonorité; râles plus gros qu'à droite; pas de souffle.

1^{er} avril. — Dyspnée extrême avec cyanose.

Meurt le 6 avril.

AUTOPSIE. — *Méningite chronique* (pie-mérite); *ganglions caséux*; *broncho-pneumonie chronique* : Vers le hile et la trachée, nombreux ganglions trachéo-bronchiques, dont plusieurs caséifiés. Symphyse pleurale bilatérale presque totale, respectant seulement les sommets.

Le poumon droit est dans sa totalité augmenté de volume et ne crépite pas; on fait sourdre du pus, des orifices bronchiques; le parenchyme pulmonaire va au fond de l'eau. Le poumon gauche crépite partout; il en sort une sérosité

très aérée. Pas de lésions tuberculeuses, ni granulations, ni cavernes.

Un demi-verre de liquide louche dans le péritoine ; ganglions mésentériques hypertrophiés. Foie gros avec un peu de périhépatite.

Pie-mère épaissie, blanchâtre et très adhérente au cerveau.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

19 janvier 1902.

$\pm$ 1 p. 3, — 1 p. 5 en 6 h.

$+$ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5, — 1 p. 10, en 24 h.

Culture formolée depuis 9 jours. Etalon : $+$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 7 h.

Observation 106. — *Entérite tuberculeuse* (ex Hawthorn, observ. XXVI).

R... Adolphe, 7 ans, salle Argenti, 42 ; entré le 7 mars 1901.

Histoire. — Depuis trois mois, diarrhée noire, fétide avec vives tranchées par poussées successives, séparées par d'assez longues périodes d'accalmie. Il est en plein état aigu à son entrée. Langue assez humide. Appétit féroce. Rien aux poumons.

17 avril. — Les troubles intestinaux sont maintenant permanents. Hypertrophie considérable de la rate. Rien au foie ni aux poumons. Cachexie.

L'enfant meurt en mai.

AUTOPSIE. — Tubercules de l'intestin, du foie, de la rate.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

17 avril 1901 :

$++$ 1 p. 5, $++$ 1 p. 10, $++$ 1 p. 20, $++$ 1 p. 50 en 1 h.

Culture non diluée, de 8 jours, très tendre. Etalon : $+$ 1 p. 50 en 2 h.

Observation 107. — *Anémie suspecte (Chlorose ou anémie tuberculeuse ?)*

A..., Rose, 14 ans; salle Saint-Ferdinand, n° 29; entrée le 5 mars 1902.

Antécédents. — Parents bien portants. Un frère mort de méningite, un frère atteint de tuberculose pulmonaire; 8 autres frères ou sœurs en bonne santé.

Histoire. — A eu, il y a cinq ans, une hémoptysie abondante. Serait malade depuis trois mois; est devenue anémique et a perdu l'appétit, s'est amaigrie. Palpitations et dyspnée d'effort. Facies pâle et verdâtre des chlorotiques. Souffles anémiques, cardiaque, cervical, oculaire. Rien de net aux poumons. Température normale.

Revue le 19 septembre 1902. — A repris des couleurs, mais est sans force. Tousse souvent et a souvent des points de côté. Hémoptysie légère, il y a 15 jours. *Respiration rude au sommet droit en arrière.*

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

15 mars 1902 :

++ 1 p. 3, — 1 p. 5, en 6 h.

++ 1 p. 3, + 1 p. 5, — 1 p. 10, en 24 h.

Culture formolée de 15 jours. Etalon : + 1 p. 10, ± 1 p. 15 en 6 h.

Observation 108. — *Rachitisme; anémie.*

Ca..., Jean, 4 ans 1/2; salle Sainte-Aline, 23; entré le 12 février 1902.

Pas d'*antécédents* de tuberculose.

Histoire. — Depuis novembre 1901, à la suite d'une chute sur la tête, est nerveux, a pâli, maigri; inappétence et vomissements. Micropolyadénie généralisée. Signes de rachitisme. Aux poumons, respiration un peu rude, sans râles; tousse un peu.

20 février. — Quitte le service dans le même état, pâle et faible.

Revient le 30 avril. — Après sa sortie, a continué à tousser un peu. Depuis 15 jours, il tient la tête raide et penchée à droite; douleurs à la pression au niveau de l'apophyse épineuse de l'atlas. Petits ganglions cervicaux.

Petite masse fluctuante de la grosseur d'une noix au niveau de l'os malaire, avec point douloureux sur le rebord inférieur de l'orbite. Pas de râles aux poumons.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

a) 19 février 1902 :

++ 1 p. 3, ++ 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, — 1 p. 15, en 6 h.

++ 1 p. 3, ++ 1 p. 5, + 1 p. 10, + 1 p. 15, en 24 h.

Culture formolée de 5 jours. Etalon : $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

b) 2 mai 1902 :

++ 1 p. 3, ++ 1 p. 5, — 1 p. 10, en 6 h.

++ 1 p. 3, ++ 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, — 1 p. 15, en 24 h.

Culture formolée de 45 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15, en 4 h.

Observation 109. — *Rachitisme et tuberculose.* (in thèse Buard, obs. VII).

A..., Valentine, 1 an; crèche.

Antécédents. — Père et mère bien portants. Deux autres frères ou sœurs maigres mais bien portants. Mère enceinte de 8 mois sans troubles de gestation.

Histoire. — On a commencé à la nourrir dès l'âge de 2 mois; depuis elle a de la diarrhée alternant avec de la constipation. Amaigrissement rapide surtout depuis 2 mois.

L'enfant a une grosse tête, un gros ventre; polymicroadénie dans l'aine, l'aisselle, les faces latérale et postérieure du cou; fontanelle antérieure largement ouverte; pas de dents ni de tendances à se montrer. Cyphose rachitique marquée de la région lombaire. Ronchus dans toute la poitrine avec souffle au sommet droit; fièvre de 38°, pâleur

marquée; ne prend pas grand'chose; pas de vomissements pour le moment.

Depuis l'enfant a maigri encore, avec de la diarrhée fréquente, et du côté de ses poumons aucune tendance à l'amélioration.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

6 janvier 1900 :

+ 1 p. 5, + 2 p. 15, + 1 p. 15 en 4 h.

Culture de 7 jours, non diluée.

Observation 110. — *Hérédo-tuberculose; forme latente* (ex Hawthorn obs. XXV).

B..., Eugène, 5 ans, salle Argenti, n° 9; entre le 1^{er} mars 1901.

Malade depuis 15 jours. Il souffre de légers troubles gastro-intestinaux. Son abdomen est très fortement développé, mais souple. La rate est légèrement volumineuse et facilement sentie. Le foie déborde d'un centimètre environ le bord inférieur des fausses côtes.

Petits ganglions durs roulant sous le doigt, disséminés dans toutes les aires ganglionnaires. La peau, d'une couleur un peu terreuse, est sèche, écailleuse et donne sous le doigt la sensation d'une desquamation furfuracée. La température vespérale s'élève à 38° pendant des séries de cinq à six jours, et demeure normale dans l'intervalle. Bref, cet ensemble de signes nous fait penser à quelque tuberculose latente, malgré l'absence de tout signe physique et d'aucun bon renseignement de la part des parents.

EXPÉRIENCES. — 1^o *Injection de tuberculine.* — Epreuve positive : l'injection produit une élévation thermique de 1°,9 au bout de 16 h.

2^o *Séro-diagnostic tuberculeux.*

12 mars :

++ 1 p. 5, ++ 1 p. 10, ++ 1. 20, ++ 1 p. 50 en 5 h.

Culture non diluée de 8 jours. Etalon : + 1 p. 20 en 3 h.

Observation 111. — *Tuberculose sans localisation bien nette* (ex Hawthorn, obs. XXVIII).

C..., 3 ans, salle Argenti, 6; entré le 7 novembre 1901.

Entre avec un foyer très limité de congestion pulmonaire du côté gauche et des troubles gastro-intestinaux. Trois jours plus tard, il n'a plus rien aux poumons, mais sa température demeure aux alentours de 38°; la diarrhée persiste. Pensant à un état muqueux, nous pratiquons le séro-diagnostic de Widál qui reste négatif. Peu à peu la température revient à la normale, mais il y a toujours deux ou trois selles diarrhéiques par jour. De temps à autre, la langue est un peu blanche au milieu, rouge sur les bords et à la pointe et nous voyons alors la température vespérale s'élever un jour ou deux à 38° 2, 38° 3.

Enfin, le 6 décembre, nous trouvons à l'auscultation un petit foyer de respiration rude et bruyante, sans aucun râle, entre la colonne vertébrale et le bord interne de l'omoplate droit. Nous attribuons ce phénomène à l'hypertrophie de quelque ganglion trachéo-bronchique.

Nous constatons, en outre, de la micro-polyadénie du cou, des aines et des aisselles. Le crâne est fortement développé, les yeux sont grands avec de longs cils soyeux. Nous pensons à quelque tuberculose latente dont tout le syndrome que nous venons d'exposer ne serait qu'une manifestation précoce.

EXPÉRIENCES. — 1° *Epreuve de la tuberculine* positive : Injection de 0 gr. 00015 de tuberculine, pendant les quatre premières heures, abaissement de température de 0° 6, suivie d'une élévation de 3° 2 atteignant son maximum au bout de douze heures. Défervescence complète en 36 heures.

2° *Séro-diagnostic tuberculeux.*

6 décembre :

++ 1 p. 5, + 1 p. 10, — 1 p. 20 en 6 h,

Culture formolée non diluée.

Observation 112. — *Rhumatisme chronique déformant.*

R..., Marie, 40 ans, salle Saint-Ferdinand, 34, entrée le 13 février 1899.

Antécédents. — Mère probablement tuberculeuse, père bien portant.

Histoire. — Elle entre pour la première fois dans le service pour une attaque rhumatismale, accompagnée d'un léger état fébrile, sans phénomènes bien intenses.

De temps en temps elle a aussi des poussées articulaires, marquées chaque fois par une très légère élévation thermique sur l'apyrexie générale du tracé, toujours sans phénomènes bien intenses. C'est ainsi que s'établit petit à petit un rhumatisme *déformant* typique, qui en est arrivé à confiner complètement au lit la petite malade, qui ne peut même plus se servir de ses mains pour manger seule. Quelle est la nature de ce rhumatisme ?

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

a) 5 mars 1902 :

++ 1 p. 3 ? 1 p. 5 — 1 p. 10 en 6 h.

Culture formolée de 3 jours. Etalon : + 1 p. 15 en 6 h.

b) 10 septembre :

++ 1 3, ± 1 5, — 1 p. 10 en 6 et en 24 h.

Culture formolée de 4 jours. Etalon : + p. 10 ± 1 p. 15 en 6 h.

Observation 113. — *Crises d'épilepsie jacksonnienne.*

T..., Marie, 43 ans, salle Saint-Ferdinand, 36; entrée le 14 novembre 1901.

Antécédents. — Une sœur atteinte de tumeur blanche du genou.

Histoire. — Enfant robuste; rougeole à 3 ans 1/2; pas d'autre maladie.

Depuis plus de deux ans, elle prend des crises qui à

caractères très vagues au début, ont pris plus tard les caractères de l'épilepsie jacksonnienne, localisées au côté droit, avec tendance toutefois dans ces derniers temps à se propager au côté gauche ; ces crises s'accompagnent de perte de connaissance et à son réveil la malade ne se rappelle rien. Asymétrie faciale par parésie du côté droit.

12 janvier 1902. — Dans le service, la malade a eu très peu de crises jacksonniennes, mais elle a eu de nombreuses absences et aussi des crises d'épilepsie franche très nettes. Elle est inintelligente ; on pense à une lésion encéphalique.

10 mars. — Malgré le traitement bromuré intense, la petite sort du service non améliorée.

19 septembre. — Le père nous envoie des nouvelles. Elle prend toujours des crises. Depuis sa sortie de l'hôpital, elle a sensiblement maigri, n'a pas d'appétit et tousse passablement le jour, davantage la nuit, se plaint souvent de points dans le côté droit.

EXPÉRIENCES : *Séro-diagnostic tuberculeux.*

a) 12 décembre 1901 :

$\perp + 1$ p. 3, $+$ 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, $-$ 1 p. 15 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 10 jours. Etalon : $+$ 1 p. 10 $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.*

b) 12 janvier 1902 :

$++$ 1 p. 3, $+$ 1 p. 5, $+$ 1 p. 10, $-$ 1 p. 15 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 2 jours. Etalon : $+$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

c) 10 mars :

$++$ 1 p. 3, $+$ 1 p. 5, $-$ 1 p. 10 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 15 jours. Etalon : $+$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 114. — *Crises d'épilepsie jacksonnienne, méningite.*

G..., Marius, 8 ans 1/2 ; salle Sainte-Aline, 7 ; entré le 17 février 1902.

Pas d'*antécédents* de tuberculose.

Histoire. — Enfant ayant une bonne santé habituelle,

s'est mis à partir de décembre 1901 à prendre de temps en temps des crises d'épilepsie jacksonnienne. Il reste un mois à l'hôpital (17 février, 17 mars 1902) sans prendre une seule crise.

Il revient le 10 juin 1902 avec des signes de méningite, céphalée, vomissements, constipation, respiration irrégulière, pupille droite très dilatée, pupille gauche punctiforme.

10 juillet. — Coma complet, ventre en bateau, incontinence des urines, température entre 38° et 40°.

Meurt le 11 juillet. Opposition à l'autopsie.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

26 juin :

++ 1 p. 3, ++ 1 p. 5, ++ 1 p. 10, ++ 1 p. 15 en 4 h.
Culture formolée de 30 jours. Etalon : + 1 p. 10, ± 1 p. 15 en 4 h.

Observation 115. — *Tumeur cérébrale.*

*G... Henriette, 6 ans, salle Saint-Ferdinand, 4 ; entrée le 3 juin 1901.

Pas d'*antécédents* de tuberculose.

Début il y a deux ans par céphalée avec vertiges et convulsions, puis vomissements, paraplégie spasmodique, hydrocéphalie progressivement croissante, amaurose récente.

Septembre 1902. — Etat stationnaire.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

a) 12 janvier 1902 :

++ 1 p. 3, + 1 p. 5, — 1 p. 10 en 6 et 24 h.
Culture formolée de 2 jours. Etalon : + 1 p. 10 ± 1 p. 15 en 6 h.

b) 20 mai 1902 :

++ 1 p. 3, ++ 1 p. 5, — 1 p. 10, ± 1 p. 15 en 6 h.
Culture formolée de 4 jours. Etalon : + 1 p. 10, ± 1 p. 15 en 6 h.

Observation 116. — *Encéphalopathie infantile.*

M..., Henri, 4 ans 1/2, salle Sainte-Aline, 4; entré le 13 mai 1902.

Antécédents. — Grand-père mort tuberculeux. Parents bien portants.

Histoire. — Avait une excellente santé habituelle. Depuis quinze jours était moins gai, s'amusait moins. Depuis trois jours, convulsions ayant abouti au coma.

Actuellement : Coma, yeux convulsés, signe de Kernig.

15 mai. — Mouvements incoordonnés du côté droit (hémichorée).

16 mai. — Coma moins profond.

19 mai. — Est sorti du coma; il persiste un peu d'hébétéude; l'hémichorée a disparu. Paralysie faciale droite.

23 mai. — Contractures des membres supérieurs droit et gauche.

25 mai. — Va mieux, comprend, redevient gai. Les mouvements sont revenus.

6 juin. — Sort guéri.

Reçu le 18 septembre 1902. — Il est très bien portant et ne présente plus de traces de son affection. Son père alcoolique, a pris depuis un mois des accidents paralytiques.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

a) 16 mai 1902 :

++ 1 p. 3, ± 1 p. 5, — 1 p. 10, en 6 h.

++ 1 p. 3, + 1 p. 5, — 1 p. 10, en 24 h.

Culture formolée d'un mois. Etalon : + 1 p. 10, ± 1 p. 15 en 6 h.

b) 30 mai :

++ 1 p. 3, ++ 1 p. 5, ± 1 p. 10, — 1 p. 15 en et 24 h.

Culture formolée de 6 jours. Etalon : + 1 p. 10, ± 1 p. 15 en 6 h.

Observation 117. — *Syphilis héréditaire, athrepsie.*

B..., Gustave, cinq mois, crèche Saint-Ferdinand, 4 ; entré le 27 janvier 1902.

Antécédents. — Mère morte de phtisie galopante.

Histoire. — Vomissements constants depuis six mois qu'on lui donne du lait de vache, diarrhée intermittente, mauvais état général ; érythème, érosions des fesses formant autour de l'anus une couronne qui rappelle tout à fait l'aspect d'une mûre. Jetage, glossite desquamative.

Meurt le 6 février, athrepsique, avec diarrhée et vomissements.

AUTOPSIE. — Pas de lésions nettes, pas de tuberculose.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux* :

2 février :

— 1 p. 3, en 6 et 24 h.

Culture formolée de 13 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 118. — *Coqueluche avec bronchite intense.*

B..., Irène, 3 ans, salle Saint-Ferdinand, 1 ; entrée le 28 décembre 1901.

Antécédents. — Mère morte probablement de tuberculose pulmonaire, père alcoolique.

Histoire. — Sujette à la diarrhée, coqueluche datant d'un mois et demi, avec bronchite intense. Pas de cyanose entre les quintes, qui sont fréquentes et intenses. Pas de fièvre.

3 mars. — Sort guérie.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux*.

12 janvier 1902 :

— 1 p. 3, en 6 et 24 h.

Culture formolée de 2 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 119. — *Bronchite ancienne, adénopathie cervicale.*

B..., Georgette, 6 ans, salle Saint-Ferdinand.

Pas d'*antécédents* de tuberculose.

A eu à cinq ans une bronchite assez intense et c'est à la suite qu'elle a eu de l'adénopathie cervicale. Très bon état général.

Envoyée à Gien en mars 1901. Nous la voyons à son retour le 12 mars 1902, l'état général est excellent ; la petite ne tousse pas du tout, mais l'adénopathie cervicale persiste, ainsi que de l'hypertrophie des amygdales,

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

15 mars 1902 :

— 1 p. 3 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 15 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 120. — *Tics nerveux ; anémie ; faiblesse générale.*

Ch.... Françoise, 10 ans ; salle Saint-Ferdinand, 27 ; entrée le 7 mars 1902.

Pas d'*antécédents* de tuberculose. Assez bonne santé habituelle.

Histoire. — *Premier séjour* en 1900 pour un tic nerveux consistant à provoquer le vomissement par l'attouchement du pharynx.

Deuxième séjour (17 mars 1902) : elle entre parce qu'elle est pâle, faible et sans appétit ; elle se plaint souvent de maux d'estomac, vomit de temps en temps. Tousse un peu. Aux poumons : la respiration est peut-être légèrement obscure au S. G. ? Pas de fièvre.

1^{er} avril. — Guérison rapide sous l'influence d'une bonne hygiène et d'une bonne alimentation.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

15 mars 1902:

— 1 p. 3 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 15 jours. — Etalon : + 1 p. 40, $\pm$ 1 p. 45 en 6 h.

Observation 121. — *Mictions douloureuses, sans leucorrhée, et sans signes d'uréthro-cystite. — Facies scrofuloux; végétations adénoïdes.*

M..., Jeanne-Marie, 11 ans ; salle Saint-Ferdinand, 43 ; entrée le 16 janvier 1902.

Pas d'*antécédents* de tuberculose. Guérison rapide sous l'influence d'un traitement approprié.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

26 janvier 1902:

— 1 p. 3, en 6 et 24 h.

Culture formolée de 2 jours. — Etalon : + 1 p. 40, $\pm$ 1 p. 45 en 6 h.

Observation 122. — *Anémie; essoufflement; cystite.*

L..., Antoinette, 12 ans ; salle Saint-Ferdinand, 43.

Pas d'*antécédents* de tuberculose.

Histoire. — Depuis un mois, pâlit, perd l'appétit ; se plaint d'essoufflement et de palpitations ; souffre pour uriner, avant, pendant et après la miction.

Actuellement : grande pâleur ; système pileux développé, souffles anémiques, cardiaque et vasculaires. Rien aux poumons. Grande émotilité.

Douleurs à la miction, on sent le rein droit qui s'abaisse, mais n'est ni gros, ni douloureux ; mictions douloureuses et pus dans les urines, avec nombreux globules rouges.

31 mai. — Rien aux poumons, les troubles de la miction ont considérablement diminué. Amélioration très nette de l'état général.

20 juin. — Est complètement guérie. — Bon état général.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux*.

11 juin 1902 :

Culture formolée de 18 jours. Etalon : + 1 p. 10 $\pm$ 1 p. 15, en 6 h.

Observation 123. — *Scrofulose*.

C..., Joseph, 7 ans ; salle Sainte-Aline, 15 ; entré le 5 juin 1902.

Pas d'*antécédents* de tuberculose.

Entre surtout pour de l'*impétigo* auquel il est très sujet ; grosses lèvres (surtout la lèvre supérieure) ; nez épaté ; traces de kératite. Pas d'adénopathies. Rien aux poumons, ni au cœur.

8 juillet. — Sort considérablement amélioré par une hygiène convenable.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux*.

26 juin 1902 :

— ? 1 p. 3, — 1 p. 5 en 6 h.

$\pm$ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5 en 24 h.

Culture formolée de 30 jours. Etalon + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 124. — *Maladie bleue ; rétrécissement pulmonaire*.

Per..., 15 ans ; salle Saint-Ferdinand.

Maladie bleue typique par rétrécissement de l'artère pulmonaire, avec symptômes très accusés : cyanose considérable ; au moindre effort la petite devient « toute noire » ; arrêt de développement, ongles hypocratiques, refroidissement des extrémités, hyperglobulie. Au cœur, signes très nets de rétrécissement de l'artère pulmonaire. Bon état

général, ne tousse pas ; aucun symptôme du côté des poumons.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

15 janvier 1902 :

? 1 p. 3, — 1 p. 5 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 5 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 125. — *Maladie bleue, par rétrécissement pulmonaire.*

Fav..., 13 ans, 'salle Saint-Ferdinand.

Même cas que le précédent, mais avec symptômes beaucoup moins accusés.

Excellent état général, ne tousse pas, absolument rien du côté des poumons.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

15 avril :

— 1 p. 3 en 6 h. et 24 h.

Culture formolée de 45 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

OBSERVATIONS

DE

TUBERCULOSE CHIRURGICALE

CHAPITRE PREMIER

LOCALISATIONS OSTÉO-ARTICULAIRES

Observation 126. — *Mal de Pott lombaire, guéri.*

F..., Jeanne, 14 ans, salle Sainte-Amélie, 37 ; entrée le 27 septembre 1900.

Antécédents. — Mère et une sœur mortes tuberculeuses.

Histoire. — Il y a 15 jours : douleurs dans les reins, impossibilité de la marche, gibbosité lombaire

Quatre corsets plâtrés.

30 décembre 1902. — Saillie légèrement exagérée des vertèbres lombaires. Se tient droite et se penche en avant sans appui. Considérée comme guérie. Rien aux poumons, excellent état général.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

26 janvier 1902 :

+ 1 p. 3, + 1 p. 5, + 1 p. 10. — 1 p. 15, en 6 h.

+ 1 p. 3, + 1 p. 5, + 1 p. 10. — 1 p. 15, en 24 h.

Culture formolée de 48 h. Etalon : + 1 p. 10, ± 1 p. 15, en 5 b.

Observation 127. — *Mal de Pott dorso-lombaire.*

M..., Marie, 5 ans, salle Sainte-Amélie, 51, entrée le 25 mars 1901.

Antécédents. — Père pottique, mère tuberculeuse, un frère mort à 7 mois, de bronchite.

Histoire. — Début il y a un mois, douleurs vagues dans l'abdomen, puis troubles de la marche et de la station debout.

Colonne complètement immobilisée. Légère convexité anormale au niveau de la région dorso-lombaire.

Application d'un corset plâtré. Paraplégie à la suite. Poumons normaux.

18 mars 1902. — Paraplégie spasmodique, trépidation épileptoïde bilatérale, mouvements involontaires d'extension et de flexion. Incontinence des urines et des matières. Pas d'abcès.

24 septembre 1902. — Amélioration, diminution des phénomènes spasmodiques. Toujours rien aux poumons.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

26 janvier 1902 :

+ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, — 1 p. 15, en 6 h.

+ 1 p. 3, + 1 p. 5, + 1 p. 10, — 1 p. 15, en 24 h.

Culture formolée de 48 h. Etalon : + 1 p. 10 $\pm$ 1 p. 15 en 5 h.

Observation 128. — *Mal de Pott dorso-lombaire.*

Chop..., 7 ans, salle Saint-Pierre, 50 ; entrée 9 juillet 1901.

Antécédents. — Pas d'antécédents tuberculeux ; un frère soigné à Gien.

Histoire. — Début il y a 3 mois. Petite gibbosité au niveau de la septième dorsale. Pas d'abcès.

Trois corsets plâtrés.

16 janvier 1902. — L'enfant marche bien, la gibbosité n'augmente pas. Pas d'abcès, pas de phéno nerveux. Poumons normaux, bon état général.

4 septembre 1902. — On remplace le corset plâtré par un corset de Sayre. Etat très satisfaisant.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

20 avril 1902 :

+ + à 1 p. 3, $\pm$ à 1 p. 5, — à 1 p. 10, en 6 h.

+ + à 1 p. 3, $\pm$ à 1 p. 5, — à 1 p. 10, en 24 h.

Culture formolée de 6 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15, en 6 h.

Observation 129. — *Mal de Pott guéri.*

Ferl..., 5 ans, Saint-Pierre, 4.

Mal de Pott déjà ancien. Plusieurs corsets plâtrés.

5 février 1902. — Enfant assez fort, marche assez bien. Pas d'abcès ni de troubles nerveux. Rien aux poumons.

Septembre 1902. — Sort guéri avec un corset orthopédique.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

6 février 1902 :

— à 1 p. 3 en 6, 12 et 24 h.

Culture formolée de 13 jours. Etalon : $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 130. — *Mal de Pott avec abcès.*

C..., Raymond, 2 ans et demie, salle Saint-Pierre; 33; entré le 17 septembre 1900.

Pas d'antécédents tuberculeux.

Histoire. — Début il y a un an. A fait plusieurs séjours. Plusieurs corsets plâtrés.

Octobre 1901. — Abcès iliaque ayant fusé dans le triangle de Scarpa. Plusieurs ponctions.

Mars 1902. — Abscès de la fosse iliaque droite : incision. Etat général relativement satisfaisant. En tout cas rien de suspect du côté des poumons.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

a) 19 février 1902 :

— 1 p. 3 en 6 h.

+ 1 p. 3, + 1 p. 5, + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 5 jours. Etalon : $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

b) 20 avril 1902 :

+ 1 p. 3, ? 1 p. 5, — 1 p. 10 en 6 h.

+ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, — 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 6 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 4 h.

Observation 131. — *Mal de Pott dorsal* (in thèse Buard, Obs. 22).

N..., Louise, 15 ans, salle 9, lit 10.

Antécédents. — Père et mère bien portants. Une sœur morte de méningite tuberculeuse. Un frère bronchitique. Une sœur ayant eu une péritonite tuberculeuse. Cinq autres frères ou sœurs bien portants.

Histoire. — Gastro-entérite due à l'alimentation mixte dans le jeune âge. Paludisme dû à un séjour en Tunisie. A commencé à souffrir en février 1897 et en mai. On peut constater à la première consultation l'existence d'un mal de Pott dorsal. Traitée par l'immobilisation et par un corset pendant 10 mois. Grande amélioration, l'enfant marche bien, ne souffre pas, et se trouve dans un état excellent.

Au mois de *janvier 1900*, on vient d'intervenir pour un abcès par congestion situé au niveau de son mal de Pott. Incision, curettage et drainage. L'état général se maintient sans lésions pulmonaires.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

15 janvier 1900 :

+ 1 p. 5, + 2 p. 15, — 1 p. 15 en 4 h.

Culture non diluée de 6 jours.

Observation 132. — *Mal de Pott cervico-dorsal* (in thèse Buard, obs. 24).

B..., Louis, 13 ans, salle 8, lit 4.

Antécédents. — Père bien portant. Mère a eu une péritonite dont elle a guéri à 25 ans. Sept enfants dont quatre sont morts, l'un de méningite, l'autre d'ostéomyélite, les deux derniers de mort subite. Un frère cardiaque.

Histoire. — Bien portant jusqu'à 5 ans, époque à laquelle il se plaint de douleurs vives dans la région dorso-lombaire. Un matin il ne peut plus marcher (paraplégie) et présente une forte saillie à la région cervico-dorsale. Minerve pendant un an. Amélioration. A 7 ans, fut repris de douleurs très vives, mais comme l'achat d'un appareil gênait la famille, on l'a gardé ainsi pendant cinq ans.

Actuellement, il présente une courbure si accusée de la région cervico-dorsale qu'il a presque constamment son menton appuyé sur son sternum ; pas de douleur à la pression ni à la percussion, paraplégie complète, douleurs très violentes dans les membres inférieurs ; pas d'incontinence d'urine. Aux poumons, expiration prolongée ; mais il est presque impossible de l'ausculter.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

10 mars 1900 :

++ 1 p. 5, + 2 p. 5, — 1 p. 15 en 4 h.

Culture non diluée de 7 jours.

Observation 133. — *Coxalgie non suppurée.*

L..., Henriette, 14 ans, salle Sainte-Amélie, 40 ; entrée le 20 janvier 1902.

Pas d'*antécédents* tuberculeux.

Histoire. — Début il y a deux mois par des douleurs dans la cuisse et le genou. L'enfant boite depuis un mois. Mouvements de flexion et d'abduction très limités.

Rien aux poumons. Bon état général.

Extension continue.

17 février. — Appareil plâtré.

20 juin. — Tendance à la rotation externe. Pas d'abcès.
Bon état général.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

6 février :

+ 1 p. 3, + 1 p. 5, + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

+ 1 p. 3, + 1 p. 5, + 1 p. 10 $\pm$ 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 13 jours. Etalon : $\pm$ 1 p. 15, en 6 h.

Observation 134. — *Ostéomyélite du cubitus. Arthrite déformante de la hanche : coxalgie ?*

V..., Pétrus, 12 ans, salle Saint-Pierre, 10; entré le 9 juin 1901.

En juin 1901 : pandiaphysite du cubitus, évoluant à l'état aigu avec abcès ouvert spontanément. Drainage de l'os de part en part.

28 décembre 1901 (nouveau séjour)... La plaie suppure toujours. L'enfant se plaint de plus de la hanche droite, depuis qu'il est sorti de la Charité. Mais depuis 8 jours les douleurs ont augmenté sensiblement, et l'enfant s'est mis à boiter. Pas d'attitude vicieuse; mouvements très légèrement limités. Le trochanter ne paraît pas hyperostoté, il n'est pas non plus douloureux à la pression. Pas de points douloureux sur le bassin.

La radiographie montre une déformation de la tête fémorale analogue à celles que l'on observe dans les arthrites sèches de la hanche : le contour de la tête se voit mal; celle-ci toutefois, paraît déformée, avec tendance à la forme en cône. Il n'y a pas de déplacement de la hanche.

4 janvier 1902. — Ablation d'un gros séquestre occupant la cavité médullaire du cubitus. Immobilisation de la hanche dans un grand appareil plâtré de coxalgie.

10 avril 1902. — On constate aujourd'hui un effacement du pli de l'aîne, et une collection suppurée située en dedans des vaisseaux, et qui est encore peu saillante. Les moindres mouvements de la hanche sont douloureux; l'articulation de la hanche a de la tendance à se mettre en éversion.

18 juin 1902. — L'enfant paraît souffrir de la hanche. Le trochanter est légèrement remonté; les moindres mouvements sont douloureux; pas de raccourcissement.

6 septembre 1902. — Depuis le 1^{er} septembre l'enfant a commencé à souffrir de la tête. Le lendemain : paralysie faciale droite; depuis deux jours, vomissements fréquents; fièvre avec oscillation (39-39,5). L'enfant parle, mais avec un peu d'hésitation; et parfois dit un mot pour l'autre. Pas de troubles oculaires. Parésie légère du membre supérieur droit. Légère somnolence depuis deux jours.

8 septembre. — Trépanation au niveau du centre de la face. La dure-mère incisée on trouve de l'œdème cérébral dans lequel on reconnaît le long des vaisseaux de tous petits points blancs qui font rallier au diagnostic probable de méningite tuberculeuse. Le cerveau a ses battements normaux; un abcès n'est pas probable.

17 septembre. — Décès à 7 heures du soir.

AUTOPSIE le 19 septembre. — *Le cubitus* ne présente que des lésions d'ostéomyélite. Autour de l'articulation de la hanche, il y a un abcès périarticulaire, à pus épais, caséux; l'articulation elle-même présente de la matière caséuse; les cartilages et la tête fémorale sont usés comme dans une lésion tuberculeuse.

Au cerveau : exsudat fibrino-purulent un peu en avant du siège de la trépanation. Granulations tuberculeuses le long des vaisseaux, dans la scissure de Sylvius et à la base du cervelet.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

a) 6 février 1902 :

++ 1 p. 3, ++ 1 p. 5, ++ 1 p. 40, + 1. 15 en 6 et 24 h.
Culture formolée de 13 jours. Etalon : ± 1 p. 40, ± 1 p. 15 en 6 h.

b) 10 septembre :

$++$ 1 p. 3, $++$ 1 p. 5, $+$ 1 p. 10, $+$ 1 p. 15 en 6 et 24 h.
Culture formolée de 4 jours. Etalon : $+$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 135. — *Coxalgie non suppurée.*

B..., Joseph, salle Saint-Pierre, 45; entré le 27 janvier 1902.

Pas d'*antécédents* tuberculeux.

Histoire. — Début, il y a deux mois et demi; tient le lit depuis trois semaines; articulation coxo-fémorale à peu près complètement immobilisée. Pas de tuméfaction, ni d'abcès.

Redressement et appareil plâtré.

Poumons normaux.

17 mars. — Nouvel appareil plâtré.

21 juillet. — Membre en flexion; nouvel appareil plâtré.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

6 février 1902 :

$+$ 1 p. 3, $+$ 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

$+$ 1 p. 3, $+$ 1 p. 5, $+$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 13 jours. Etalon : $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 136. — *Coxalgie non suppurée.*

G..., Alphonsine, 3 ans, salle Saint-Ferdinand, 2; entrée le 13 décembre 1901.

Pas d'*antécédents* de tuberculose.

Histoire. — Depuis un mois, elle immobilise sa hanche gauche, boîte et se tient penchée sur le côté droit. Quelle est la cause de cette affection de la hanche? Le séro-diagnostic positif fait penser à une coxo-tuberculose; on fait passer

la petite dans un service de chirurgie, où l'évolution ultérieure confirme le diagnostic de coxalgie.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

12 janvier 1902 :

$\pm$ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5, — 1 p. 10, — 1 p. 15 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 48 h. Etalon : + 10 — 15 en 10 h. (Culture un peu dure.)

Observation 137. — *Coxalgie droite, suppurée.*

C..., Anastasie, 6 ans, salle Sainte-Amélie, 20; entrée le 19 novembre 1900.

Pas d'*antécédents* tuberculeux.

Histoire. — Depuis quelques semaines, on s'est aperçu que l'enfant boîtrait et que la marche était un peu douloureuse. A l'examen, les moindres mouvements imprimés à l'articulation coxo-fémorale droite, provoquent de la douleur.

3 octobre 1900. — Ponction d'un abcès à droite, juste sous l'origine du couturier.

13 février 1901. — Tuméfaction de la région de la hanche. Le trochanter est manifestement remonté.

3 juillet 1901. — Résection de la hanche.

Poumons normaux. État général satisfaisant.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

6 février 1902 :

+ 1 p. 3, + 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

+ 1 p. 3, + 1 p. 5, + 1 p. 10, + 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 13 jours. Etalon : $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 138. — *Coxalgie suppurée.*

B..., Marie, 10 ans, salle Sainte-Amélie, 33; entrée le 6 juillet 1900.

Pas d'*antécédents* tuberculeux,

Histoire. — Adénite inguinale consécutive à une plaie du pied. Abscess de la cuisse. Puis, la jambe se met en attitude vicieuse (abduction et rotation externe); allongement apparent, raccourcissement réel de 2 centimètres. On pense alors à une coxalgie, diagnostic que vérifie l'évolution clinique. Cette coxalgie s'accompagne d'abscess avec fistules. Malgré cela, l'état général reste relativement satisfaisant. Les poumons sont absolument normaux.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

6 février 1902 :

+ 1 p. 3, + 1 p. 5, — 1 p. 10 en 6 h.

+ 1 p. 3, + 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 13 jours. Etalon : $\pm$ 1 p. 10, + 1 p. 15 en 6 h.

Observation 139. — *Coxalgie suppurée.*

L..., François, 7 ans, salle Saint-Pierre, 47; entré le 9 septembre 1901.

Pas d'*antécédents* tuberculeux.

Histoire. — Début il y a un an. Rapidement s'installent les signes typiques d'une coxalgie, avec abscess. Nombreuses ponctions de cet abscess. Fièvre. Etat général pas très bon, mais poumons non touchés.

21 mars 1902. — Résection de la hanche.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

19 février 1902 :

++ 1 p. 3, — 1 p. 5 en 6 h.

++ 1 p. 3, + 1 p. 5, + 1 p. 10, + 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 5 jours. Etalon : $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 140. — *Coxalgie suppurée* (in thèse Buard, obs. 8).

C..., Henri, 14 ans, salle 8, lit 11.

Antécédents. — Père et mère bien portants; une sœur présente une luxation congénitale.

Histoire. — Rien jusqu'à l'âge de 5 ans, époque à laquelle elle fait une chute qui l'oblige à traîner la jambe. Le repos calmait les douleurs vagues qu'il ressentait. On l'immobilise pendant 5 ans, mais pendant ce temps, on dévoile de la fluctuation qui nécessite une intervention; depuis, la plaie ne s'est jamais fermée, il y a trois ans de cela. Il présente deux trajets fistuleux, en avant et en arrière du grand trochanter.

L'état général est bon. Pas de lésions pulmonaires.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

4 décembre 1900 :

++ 1 p. 5, + 1 p. 10, + 1 p. 15 en 4 h.

Culture non diluée de 8 jours.

Observation 141. — *Coxalgie suppurée* (in thèse Buard, obs. 19).

B..., Morin, 15 ans, salle 8, lit 12.

Antécédents. — Père bien portant, mère morte d'une fluxion de poitrine.

Histoire. — A 10 ans, il présente des douleurs vagues, étendues du genou à la cheville, avec les mouvements gênés. Tout rentre dans l'ordre en 15 jours. En janvier 1899, il se plaint de douleurs dans la région de la cuisse qu'augmentent tout mouvement et la marche. Il garde le lit un mois, puis se traîne ensuite avec des bâtons, sans appétit et sans sommeil. En août 1899, il entre à l'hôpital, où on le traite par l'extension. A la fin d'octobre, deux trajets purulents apparaissent à la région trochantérienne droite. Il ne présente pas, à ce moment, de lésions apparentes de l'appareil respiratoire.

(Depuis notre examen, le petit malade s'est enrhumé et il présente maintenant des lésions pulmonaires qui marchent avec rapidité; l'état général devient mauvais,

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

5 décembre 1899 :

++ 1 p. 5, + 1 p. 10, + 1 p. 15 en 4 h.

Culture non diluée de 8 jours.

Observation 142. — *Coxalgie suppurée* (in thèse Buard, obs. 21).

F..., Albert; 7 ans, salle 8, lit 16.

Antécédents. — Père bien portant; mère également; une sœur bien portante.

Histoire. — Malade depuis l'âge de 3 ans, époque à laquelle il a commencé à boîter, ce qui l'a amené à l'hôpital. On l'a mis dans un appareil plâtré, dans lequel il est resté pendant deux ans.

Depuis, il s'est formé un abcès pelvien, avec trajet fistuleux, et l'enfant s'est mis à suppurer par deux trajets fistuleux, qu'il présente l'un en arrière de son grand trochanter, l'autre au-dessous du grand trochanter, plutôt sur la face antérieure. Ce dernier permet de sentir le fémur dénudé.

Atrophie musculaire de la jambe gauche.

Etat général assez bon. Pas de lésions pulmonaires.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

6 décembre 1899 :

+ faible à 1 p. 5, — 1 p. 10 en 4 h.

Culture non diluée de 6 jours.

Observation 143. — *Coxopathie de nature indéterminée; coxalgie?*

L..., Marguerite, 7 ans, salle Sainte-Amélie; entrée le 19 février 1902.

L'enfant est née à terme, a marché à 18 mois. Dès ses premiers pas, on s'est aperçu qu'elle marchait d'une façon anormale et s'inclinait sur la jambe droite.

Elle est la quatrième d'une famille dont les trois aînés sont bien portants. Elle s'est présentée par le sommet, et l'accouchement n'eut rien de particulier.

Jusqu'à ces derniers temps, elle boîtaït, mais menait la vie de tout le monde; cependant, elle se fatiguait plus vite et se plaignait de souffrir au niveau de la région inguinale.

Il y a un mois, brusque aggravation; elle se mit à souffrir et la boiterie augmenta.

Actuellement, on constate l'état suivant: Enfant bien développée. A droite, il y a une très légère flexion, les mouvements de rotation sont libres; la flexion peut être faite complètement, malgré une légère douleur qui amène un peu de limitation; l'adduction est complète. En somme, mouvements conservés dans leur intégrité, avec seulement la flexion et l'abduction extrême légèrement douloureuses. Très léger raccourcissement (à peine un demi-centimètre). Debout, l'enfant tient son membre en abduction légère et marche en tenant sa cuisse légèrement fléchie et en s'inclinant assez fortement sur le côté droit. Cette boiterie a plutôt les caractères d'une boiterie de coxalgie au début que de luxation. Au palper, la saillie du trochanter n'est pas exagérée; cet os n'est pas non plus remonté, par rapport à l'épine iliaque. Autant qu'on peut le sentir à travers les parties molles, la tête fémorale paraît occuper la position normale, et on ne la sent pas venir dans la fesse pendant la flexion adduction, comme dans la luxation congénitale.

Sur la radiographie, on voit qu'à gauche la tête fémorale et le cotyle paraissent normaux. A droite, le cotyle est manifestement agrandi par en haut; le cotyle paraît usé en même temps qu'il semble avoir perdu de sa profondeur; son contour est un peu moins net que du côté sain. La tête fémorale est très déformée: au lieu d'être arrondie, on la trouve plate dans sa partie supéro-interne, et de plus, elle est manifestement très légèrement remontée, de telle sorte qu'en la repérant par rapport au cartilage, on trouve qu'à droite, l'épiphyse tout entière se trouve au-dessus de ce cartilage, tandis qu'à gauche, c'est la moitié seulement. Enfin, il résulte de son ascension qu'une partie de celle-ci se trouve hors du cotyle.

11 avril 1902. — L'enfant a gardé un bandage plâtré un mois et demi. Elle ne souffre plus. La flexion est complète,

de même que l'abduction: La tendance à la flexion a disparu; mais tendance à tenir le pied en rotation externe légère, et rotation interne un peu limitée. L'adduction n'est pas limitée. On la laisse marcher.

21 avril 1902. — La claudication est toujours assez considérable. La flexion est limitée de même que l'adduction. Toujours pas de raccourcissement appréciable.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

5 mars 1902 :

++ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5, — 1 p. 10 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 3 jours. Etalon : + 1 p. 10, + 1 p. 15 en 6 h.

20 avril 1902 :

++ 1 p. 3, ++ 1 p. 5, — 1 p. 10 en 6 h.

Culture formolée de 6 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 144. — *Abcès para-osseux du genou. Ostéo-arthrite tuberculeuse secondaire du genou.*

Pr..., Ferdinand, 3 ans 1/2, salle Saint-Pierre, 38; entré le 14 mars 1901.

Pas d'*antécédents* tuberculeux.

Histoire. — Début il y a quatre mois. Abcès para-osseux du genou, dont l'incision donne issue à des grumeaux caséux; condyle un peu dénudé (mars 1901).

Mai 1901. — Revient avec une ostéo-arthrite tuberculeuse typique du genou. Injection iodoformée; appareil plâtré. Assez bon état général.

28 décembre 1901. — Intervention sur l'articulation.

Poumons normaux. Etat général assez satisfaisant.

Mars 1902. — Symptômes de méningite. L'enfant est emmené *in extremis* par ses parents.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

19 février 1902 :

— 1 p. 3 en 6 h.

+ 1 p. 3, + 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 5 jours. Etalon : $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 145. *Hydarthrose tuberculeuse du genou.*

B..., Jean, 43 ans, salle Saint-Pierre, 45; entré le 7 avril 1902.

Pas d'*antécédents* tuberculeux.

Histoire. — Genou raide, indolore depuis deux ans. Depuis un mois, le genou est devenu globuleux; fongosités; point douloureux très net à la palpation, à la partie antérieure de la tubérosité externe du tibia.

17 avril. — Ponction, injection iodoformée.

16 juin. — Nouvel épanchement dans l'articulation du genou, sensation de grains le long de l'interligne. Ponction et injection iodoformée.

27 septembre. — Genou toujours un peu globuleux.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

20 avril 1902 :

+ 1 p. 3, + 1 p. 5, — 1 p. 40 en 6 h.

+ 1 p. 3, + 1 p. 5, — 1 p. 40 en 24 h.

Culture formolée de 6 jours. Etalon : + 1 p. 40, $\pm$ 1 p. 45 en 6 h.

Observation 146. — *Ostéo-arthrite tuberculeuse du genou, forme sèche.*

C... Marthe, 3 ans 1/2, salle Sainte-Amélie, 25; entrée le 31 mars 1902.

Histoire. — Début en septembre 1901. Pointes de feu superficielles. Actuellement : genou fléchi à angle droit, mouvements très légers. Pas de tuméfaction ni d'empâtement articulaires. Ganglions indurés à la racine du membre. Extension continue. Poumons normaux. Bon état général.

9 mai. — Redressement sous anesthésie.

12 septembre. — La flexion s'est reproduite. Toujours pas de gonflement du genou. Injection iodoformée et appareil plâtré.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

20 avril 1902 :

— 1 p. 3 en 6 h. et en 24 h.

Culture formolée de 6 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 147. — *Tumeur blanche du coude, forme sèche.*

O..., Pierre, 6 ans, salle Saint-Pierre, 9; entré le 11 avril 1902.

Pas d'*antécédents* tuberculeux.

Histoire. — Début il y a un an, par douleurs dans les mouvements du coude.

Actuellement : coude fléchi à 55°; mouvements à peu près nuls. Coude légèrement tuméfié.

17 avril. — Injection iodoformée, appareil plâtré.

26 juin. — La tuméfaction a à peu près disparu. Coude à peu près sec. Injection iodoformée; appareil plâtré.

20 septembre. — Coude sec. La flexion se fait jusqu'à l'angle droit, l'extension jusqu'à 45°.

Rien aux poumons. Bon état général.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

20 avril 1902 :

? 1 p. 3, — 1 p. 10 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 6 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 148. — *Ostéo-arthrite tuberculeuse du carpe.*

C..., Marie, 14 ans 1/2, salle Sainte-Amélie, 36; entrée le 21 octobre 1901.

Pas d'*antécédents* de tuberculose.

Histoire. — Début il y a un an. Empâtement de tout le poignet; sensation de fongosités; fistule.

4 novembre 1901. — Injection iodoformée. Appareil plâtré.

27 novembre. — La tuberculose envahissant de plus en plus l'articulation, on pratique la résection et le curetage des surfaces ostéo-articulaires, qui doit être poussé assez loin. Poumons normaux.

13 septembre 1902. — Retour de Gien: plaies complètement cicatrisées. Bons mouvements dans l'articulation, qui est solide.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

26 janvier 1901:

+ 1 p. 3, + 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

+ 1 p. 3, + 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 48 jours. Etalon: + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 5 h.

Observation 149. — *Tumeur blanche du pied.*

K..., Thomé, 6 ans, salle Saint-Pierre, 5; entré le 15 avril 1901.

Antécédents inconnus.

Histoire. — Fluxion de poitrine l'année dernière. Début en novembre 1900, par douleurs dans le pied, boiterie; puis tuméfaction.

Mars 1901. — Ulcération et fistule à la surface dorsale du pied, d'où il s'écoule une sérosité jaunâtre, puis du pus véritable.

19 avril 1901. — Intervention: évidemment partiel du troisième cunéiforme, et des deux os voisins du tarse et du métatarsien; séquestre caséeux de l'os enlevé.

Septembre 1901. — Ablation de tout le tarse antérieur, de l'astragale; évidemment du calcanéum. Os de la jambe sains. Bon état général. Rien aux poumons.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

a) 6 février 1902 :

+ 1 p. 3, — 1 p. 5 en 6 h.

+ 1 p. 3, + 1 p. 5, + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 13 jours. Etalon : $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

b) 20 avril 1902 :

$\pm$ 1 p. 3, — 1 p. 5 en 6 h.

+ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, — 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 6 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 4 h.

Observation 150. — *Ostéo-arthrite tibio-tarsienne.*

C..., Bénédicte, 8 ans 1/2, salle Sainte-Amélie, 49; entrée le 21 mai 1901.

Pas d'*antécédents* de tuberculose.

Histoire. — Début il y a deux mois. Empatement marqué de la région périmalléolaire et du dos du pied.

Septembre 1901. — Fistule rétromalléolaire.

Décembre 1901. — Nouveau foyer purulent en avant de la malléole interne. Ablation de l'astragale (qui présente un tubercule gros comme une noisette). Bon état général. Rien aux poumons.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

19 février 1902 :

++ 1 p. 3, ++ 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, — 1 p. 15 en 6 h.

++ 1 p. 3, ++ 1 p. 5, + 1 p. 10, + 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 5 jours. Etalon : $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 151. — *Arthrite tuberculeuse du pied.* (in thèse Buard, obs. 25).

P..., Firmin, 10 ans, salle 8, lit 3.

Antécédents. — Père et mère bien portants, ne toussant

jamais. Deux sœurs et un frère également très bien portants.

Histoire. — L'enfant n'a jamais été malade dans son jeune âge jusqu'au mois d'août de l'année dernière. A cette époque, il a reçu sur le pied gauche un coup de pied d'un de ses camarades, en s'amusant; à la suite il vit gonfler dans les quelques jours qui suivirent le pied et le bas de la jambe. Il traîna longtemps ainsi, voyant différents médecins, mais boitant sans cesse jusqu'au mois de janvier dernier (c'est-à-dire pendant six mois) époque à laquelle il entre dans le service de M. Piéchaud, qui intervient et trouve un foyer caséeux au niveau de son cuboïde; râclage et badigeonnages au chlorure de zinc.

L'enfant est en bon état général, sans lésions pulmonaires; il a cependant l'aspect délicat, un système pileux très développé, de grands yeux avec de grands cils.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

10 février 1900 :

+ à 1 p. 5, + 1 p. 10, + (?) 1 p. 15, en 4 h.

Culture non diluée de 7 jours.

Observation 152. — *Arthrite sèche de l'épaule droite.* —
Synovite à grains riziformes des gaines péronières.

L..., Jeanne, 13 ans; salle Sainte-Amélie, 43; entrée le? 1900.

Histoire. — Arthrite sèche de l'épaule droite, datant de 2 ans, atrophie très nette du moignon de l'épaule; mouvements très limités.

7 octobre 1901. — Résection de l'épaule: la tête humérale est réduite à un moignon informe creusé d'une géode grosse comme une noisette; le tissu compact de la tête a en grande partie disparu. Os très friable. Séquestre caséeux s'enfonce à travers le col jusque dans la partie supérieure de la diaphyse.

29 janvier 1902. — Depuis 8-10 jours, tuméfaction retromalléolaire externe de la jambe droite, allongée, correspondant aux gaines tendineuses. Sensation de bruit de chaînon indiquant la présence de grains riziformes.

10 février. — Incision et curettage de la synovite.
Excellent état général. Poumons normaux.

10 septembre. — Revient de Gien ; cicatrisation complète. Ankylose relative de l'épaule (surtout dans les mouvements de rotation). Atrophie du deltoïde.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux*.

6 février 1902 :

++ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, — 1 p. 15 en 6 h.

++ 1 p. 3, + 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 13 jours. Etalon : $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15, en 6 h.

Observation 153. — *Tuberculoses multiples*.

T..., 46 ans; salle Saint-Pierre 18; entré le 9 novembre 1899.

Antécédent tuberculeux.

Histoire. — A eu successivement : psoïte, nombreux abcès de la cuisse ; puis coxalgie suppurée.

Lésions de ramollissement des deux sommets ; mauvais état général. Amaigrissement considérable.

Est mort au commencement de *septembre 1902*.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux*.

a) 19 février 1902 :

— 1 p. 3 en 6 h.

+ 1 p. 3, + 1 p. 5, + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 5 jours. Etalon : + 1 p. 10, + 1 p. 15 en 4 h.

b) 20 avril 1902 :

+ 1 p. 3, — 1 p. 5 en 6 h.

+ 1 p. 3, + 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, — 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 6 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 4 h.

Observation 154. — *Ostéo-myélite chronique du tibia gauche*, en octobre 1901 ; consécutivement, *arthrite de la hanche* ; puis *arthrite du coude*.

C..., Charles, 13 ans ; salle Saint-Pierre ; entré le 17 octobre 1901.

Antécédents. — Parents bien portants ; 2 garçons, 3 filles ; 2 enfants morts dont une fille morte du croup à 6 ans.

Histoire. — La maladie date de 4 mois. Il eut un abcès spontané à la partie interne du cou-de-pied : 2 incisions à un mois d'intervalle. Depuis l'état est resté stationnaire ; la suppuration n'a ni diminué ni augmenté ; les douleurs sont à peu près nulles sauf quand on touche la jambe. Depuis 4 mois l'autre jambe lui fait ressentir des douleurs.

Sur la face antérieure du tibia, on trouve disséminés 8 ou 10 orifices fistuleux ; suppuration peu abondante ; ces orifices communiquent avec de petites collections sous-cutanées. L'extrémité inférieure du tibia présente une hyperostose assez considérable qui descend jusqu'au plateau articulaire et remonte jusqu'à la partie moyenne. L'articulation tibiotarsienne paraît à peu près complètement ankylosée.

22 octobre 1901. — Trépanation du tibia dans toute sa longueur. Séquestrotomie : on retire plusieurs séquestres dont un à 6 ou 8 cm. de long. L'os ancien est noyé dans un os spongieux périostique.

7 décembre. — Ablation de 2 séquestres en surface.

21 décembre 1901. — Un mois après son ostéomyélite, l'enfant a ressenti des douleurs dans le genou droit et dans la hanche. On constate que la hanche est fléchie à 45°, et qu'elle est capable d'exécuter seulement de très légers mouvements. De plus la région de la hanche est empâtée, sans trace d'abcès. Pas d'hypertrophie nette ni du trochanter, ni du bassin.

La radiographie montre le col redressé presque sur le

prolongement de la diaphyse, et une destruction presque complète de la tête. Le cotyle est peu net ; ses contours sont mal marqués.

3 février 1902. — Après un mois d'extension continue, la situation est à peu près la même ; toujours un peu de flexion ; mouvements presque nuls. Indolence complète. — Plâtre sous anesthésie.

14 mai 1902. — La hanche est en flexion très légère ; ses mouvements sont absolument nuls. L'empâtement paraît avoir diminué ; il n'y a pas de traces d'abcès périarticulaires. L'enfant ne ressent aucune douleur.

21 mai. — L'enfant ne souffre pas du tout, mais ne peut marcher seul ; il peut très bien soulever le talon et taper avec une certaine force. Pas d'attitude vicieuse.

28 juin. — Poussée d'hydarthrose dans le coude droit, depuis quelques jours ; distension synoviale assez marquée ; flexion limitée (90°) ; extension aussi ; supination et pronation libres. Cette hydarthrose aurait apparu brusquement il y a 7 ou 8 jours, et a été accompagnée d'enflure du coude qui a disparu progressivement.

30 juin. — Ponction au trocard de l'articulation du coude : issue de 40 cc. d'un liquide filant, louche. Cette ponction amène un grand soulagement.

Du côté de la hanche toujours même immobilité. Sur la face antéro-externe il existe une zone indurée dont le centre est ramolli avec sensation de fluctuation assez nette ; on fait une ponction au niveau de cet abcès, qui permet de retirer seulement quelques gouttes de pus.

3 septembre 1903. — L'enfant ne souffre plus du tout et marche de mieux en mieux. A l'endroit de la ponction il y a une fistulette dont on peut faire sortir avec peine une goutte de pus. La mobilité de la hanche droite est toujours à peu près nulle ; mais l'empâtement a beaucoup diminué. Pas de raccourcissement appréciable.

Au coude droit il reste un peu d'hydarthrose ; l'enfant n'en souffre pas. Les mouvements sont à peu près complets. Il y a cependant une très légère limitation dans le sens de l'extension et de la flexion.

EXPÉRIENCES. — 1° *La sérosité louche de l'articulation du coude*, ensemencée en bouillon, n'a donné lieu à aucune culture. Un cobaye inoculé, n'est pas devenu tuberculeux (M. Lacomme).

2° *Le pus de l'abcès de la cuisse* renfermait des staphylocoques, mis en lumière par les préparations et les cultures (M. Lacomme).

3° *Séro-diagnostic tuberculeux.*

16 mai 1902 :

++ 1 p. 3, ++ 1 p. 5, — 1 p. 10, en 6 et 24 h.

Culture formolée de 30 jours. — Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 4 h.

Observation 155. — *Arthrite purulente de la hanche (à staphylocoques).*

M. Jeanne, 23 mois, crèche Saint-Ferdinand, 22, entrée le 4 mai 1902.

Antécédents. — Un frère atteint du mal de Pott.

Histoire. — Enfant entré avec un état général grave : température = 40°; teint pâle; a eu il y a 8 jours des convulsions. Rien aux poumons.

16 mai. — On s'aperçoit que l'enfant remue mal son membre inférieur droit; subluxation de l'articulation de la hanche.

20 mai. — Une ponction au niveau de l'articulation de la hanche, ramène un pus franc (staphylocoques).

EXPÉRIENCES. — 1° *Séro-diagnostic typhique.*

6 mai :

Négatif à 1 p. 10, en 2 h.

2° *Séro-diagnostic tuberculeux.*

16 mai :

Négatif à 1 p. 3, en 6 et en 24 h.

Culture formolée de 30 jours — Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 4 h.

3° *Culture du pus retiré de l'articulation de la hanche.* Colonies confluentes jaunes d'or, de *staphylococcus pyogenes aureus*.

Observation 156. — *Arthrite suppurée phalangiennne, consécutive à un panaris.*

X. Paul, 5 ans.

Pas d'*antécédents* de tuberculose.

A la suite d'une plaie infectée du petit doigt de la main gauche, panaris profond, et arthrite suppurée de l'articulation phalangetto-phalanginienne. — Ouverture; guérison.

EXPÉRIENCES. — 1° *Séro-diagnostic tuberculeux.*

8 août :

Négatif à 1 p. 3, en 6 et 24 h.

2° *Culture du pus retiré de l'articulation* : Staphylocoques, et gros cocci prenant le Gram.

CHAPITRE II

LOCALISATIONS OSSEUSES. — ABCÈS FROIDS

Observation 157. — *Spina ventosa du petit doigt de la main gauche, et du 1^{er} métatarsien gauche; ostéite du calcanéum G.*

D. Jean, salle Saint-Pierre, 30, entré le 20 janvier 1902.

Antécédents. — Une sœur atteinte d'ostéo arthrite du tarse; 5 frères ou sœurs en bonne santé.

Histoire. — Tousse souvent. Début il y a un mois. Lésions manifestement tuberculeuses: *a.* Du petit doigt de la main gauche: simple ouverture; l'os est seulement un peu dénudé. *b.* Du calcanéum: résection partielle de l'os; sequestres. *c.* Du gros orteil: incision, grattage, évidemment presque complet de la moitié antérieure du premier métatarsien.

Etat général satisfaisant. Rien aux poumons.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

a) 6 février 1902 :

? 1 p. 3, — 1 p. 5, en 6 h.

+ 1 p. 3, + 1 p. 5, + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 13 jours. Etalon : $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

b) 20 avril 1902 :

+ 1 p. 3, — 1 p. 5 en 6 h.

+ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10. — 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 6 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15, en 4 h.

Observation 158. — *Ostéite tuberculeuse du trochanter et du col.*

F. Marcelle, 9 ans, salle Sainte-Amélie, 31, entrée le 5 janvier 1901.

Pas d'*antécédents* de tuberculose.

Histoire. — Début en juillet 1900.

Trépanation du trochanter en février 1901.

Avril 1901. — Marche presque impossible; abcès de la cuisse: ponction et injection iodoformée.

Novembre 1901. — Gros abcès à la partie moyenne de la cuisse, ponction et injection iodoformée.

Janvier 1902. — Luxation spontanée de la hanche. Séquestre du grand trochanter. L'abcès de la cuisse: pus séreux, grumeleux. Rien aux poumons.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

a) 19 février 1902 :

— 1 p. 3 en 6 h.

+ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 5 jours. Etalon : $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

b) 20 avril 1902 :

+ 1 p. 3, — 1 p. 5 en 6 h.

+ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 6 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 4 h.

Observation 159. — *Ostéite du 1^{er} métatarsien.*

R..., Augustine, 12 ans, salle Sainte-Amélie, 16; entrée le 26 mars 1902.

Pas d'*antécédents* de tuberculose.

Histoire. — Début il y a 4 mois. Cicatrice le long du 1^{er} métatarsien; peau rouge, amincie; fluctuations.

2 avril. — Incision: os à moelle fongueuse, évidemment.

8 mai. — Plaie cicatrisée. S'en va sans hyperostose, ni déformation.

Excellent état général. Poumons normaux.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

20 avril 1902 :

$\pm$ 1 p. 3, — 1 p. 5 en 6 h. .

$+$ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5, — 1 p. 10 en 24 h.

Culture formolée de 6 jours. Etalon : $+$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 4 h.

Observation 160. — *Ostéite tuberculeuse du tibia, ostéites multiples* (in thèse Buard, obs. 23).

L..., Marie, 9 ans, salle 9, lit 12.

Antécédents. — Mère tousse tous les hivers, 4 frères ou sœurs sur lesquels nous n'avons pas de renseignements; un frère mort de méningite en bas âge.

Histoire. — L'enfant est malade depuis l'âge de 3 ans. Elle a présenté de nombreux abcès aux jambes qui ont nécessité son séjour à différentes époques dans les hôpitaux. Elle présente de nombreux trajets fistuleux au niveau des métacarpes d'une part, et d'autre part au niveau de la partie supérieure de son tibia et des condyles fémoraux droits. De même au niveau de son articulation tibio-tarsienne droite elle présente également des trajets où l'on sent fort bien les os dénudés, et livrant passage ainsi que les autres trajets à des fongosités nettes, traités par le nitrate d'argent et l'éther iodoformé.

L'état général n'est pas brillant; elle présente l'aspect général d'une petite souffreteuse, mais sans lésions pulmonaires.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

15 janvier 1900 :

$++$ 1 p. 5, $+$ 1 p. 10, $+$ 1 p. 15 en 5 h.

Culture non diluée de 6 jours.

Observation 161. — *Abcès para-osseux de l'extrémité inférieure du fémur.*

P..., Catherine, 7 ans, salle Sainte-Amélie, 46; entrée le 18 décembre 1901.

Antécédents. — Une sœur atteinte de gomme tuberculeuse de la main.

Histoire. — L'enfant a eu d'autres abcès, notamment au cou. Depuis 15 jours : il s'est formé à la face externe de la cuisse au-dessus du genou, un abcès qui s'est ouvert spontanément à la face externe, mais pointe encore à la face interne. L'articulation est libre. Pas d'hyperostose nette du fémur. On ouvre l'abcès du côté interne; de sa cavité part un abcès qui passant sous la diaphyse fémorale, va rejoindre le trajet externe. L'os est dénudé sur sa face postérieure; mais il ne paraît pas malade et on ne fait pas de trépanation. Rien aux poumons.

3 avril 1902. — Il s'est reformé un abcès au niveau du condyle interne du tibia, et qui paraît bien ne pas communiquer avec l'articulation.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

19 février 1902 :

+ 1 p. 3, ± 1 p. 5, ± 1 p. 10, — 1 p. 15 en 6 h.

+ 1 p. 3, ± 1 p. 5, ± 1 p. 10, ± 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 5 jours. Etalon : ± 1 p. 10, ± 1 p. 15 en 6 h.

Observation 162. — *Abcès froid iliaque.*

A..., Claudius, 9 ans, salle Saint-Pierre, 48; entré le 26 décembre 1901.

Pas d'*antécédents* de tuberculose.

Histoire. — Début il y a huit mois. Marche avec peine; se fatigue très vite.

Il y a 8 jours, apparition d'une volumineuse tuméfaction dans le flanc droit. A l'examen : abcès volumineux occupant la fosse iliaque droite tout entière. Rien à la hanche. Pas de signes de mal de Pott. Peau intacte.

Ponction retire 200 gr. d'un pus séreux verdâtre (renfermant des bacilles de Koch).

8 janvier 1902. — L'abcès s'est reproduit : ponction ramène un liquide café au lait.

26 janvier 1902. — L'abcès s'est reproduit ; 3^{me} ponction retire un liquide séreux, sanguinolent, sans pus vrai.

26 février 1902. — 4^e ponction laisse écouler un liquide chyliforme.

8 avril. — L'abcès ne s'est pas reproduit. Très bon état général. Rien aux poumons.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

26 janvier 1902 :

+ 1 p. 3, + 1 p. 5, + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15, en 6 h.

+ 1 p. 3, + 1 p. 5, + 1 p. 10, + 1 p. 15, en 24 h.

Culture formolée de 48 h. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15, en 6 h.

Observation 163. — *Abcès froid péri-articulaire du coude.*

C..., Zélie, 6 ans ; salle Sainte-Amélie, 45 ; entrée le 16 janvier 1902.

Antécédents. — Un de ses frères a toussé de 6 mois à 7 ans.

Histoire. — Début il y a un an, par une tuméfaction sur la face interne du coude. A l'examen, on trouve au niveau de l'extrémité supérieure du cubitus, 2 fistules sous-olécraniennes, n'ayant l'aspect ni ostéomyélitique, ni tuberculeux. Sur la face interne, plus en dedans, se trouve un abcès gros comme une noisette, qui se vide par ces fistules. Dans la poche de l'abcès : fongosités sans pus.

17 janvier 1902. — Ouverture de l'abcès, donne issue à un pus très épais ; curettage de la poche. Pas de lésions osseuses nettes.

Excellent état général. Poumons normaux.

EXPÉRIENCES. — 1° *Séro-diagnostic tuberculeux.*

26 janvier 1902 :

— 1 p. 3, en 6 h.

$\pm$ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5, -- 1 p. 10, en 24 h.

Culture formolée de 48 h. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15, en 6 h.

2° *Examen du pus retiré de l'abcès.*

Les préparations faites avec ce pus ne montrent pas de bacilles de Koch (méthode de Ziehl-Hauser). Un cobaye inoculé avec le pus, ne devient pas tuberculeux. Un autre cobaye inoculé avec la membrane pyogénique de l'abcès, meurt en six semaines avec les lésions typiques de la tuberculose expérimentale ; son sérum est trouvé agglutinant à 1 p. 5.

Observation 164. — *Ostéomyélite subaiguë supérieure du tibia.*

D..., Jules, 13 ans ; salle Saint-Pierre, 28 ; entré le 17 janvier 1902.

Pas d'*antécédents* de tuberculose.

Histoire. — Bronchite dite « asthmatique », il y a un an. Début, il y a 6 mois. Tuméfaction pas très molle à la face interne du tibia, à un travers de doigt au-dessous du plateau, donnant par endroits une sensation de grains.

20 janvier 1902. — Incision. — Epaississement périostique. L'os mis à nu montre un petit pertuis fongueux. La trépanation à la gouge conduit dans une cavité de la grosseur d'une olive contenant du pus franc et quelques fongosités, mais pas de séquestre. Bon état général. Poumons normaux.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

26 janvier 1902 :

+ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15, en 6 h.

+ 1 p. 3, + 1 p. 5, + 1 p. 10, + 1 p. 15, en 24 h.

Culture formolée de 2 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15, en 6 h.

Observation 165. — *Ostéite de l'extrémité supérieure du fémur.*

N..., Joséphine, 4 ans ; Sainte-Amélie, 34 ; entrée le 28 novembre 1900.

Pas d'*antécédents* de tuberculose.

Histoire. — Début en octobre 1900. Douleur et tuméfaction de la partie supérieure de la cuisse. Après incision : altérations diffuses diaphysaires et épiphysaires, mais sans communication avec l'articulation coxo-fémorale. Incisions multiples.

Octobre 1901. — Absès sur la face interne de la cuisse au-dessus du genou droit.

31 décembre 1901. — Dans la fosse iliaque gauche, grosse collection nettement fluctuante, qui déborde légèrement au-dessous du pli inguinal, du volume d'une mandarine. Cette collection qui contient du pus franc, ne communique ni avec l'articulation, ni avec aucune lésion osseuse nette, ni du bassin, ni du fémur.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

20 avril 1902 :

? 1 p. 3, — 1 p. 5 en 6 h.

$\pm$ 1 p. 3, — 1 p. 5 en 24 h.

Culture formolée de 13 j. Etalon : 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 166. — *Osteomyélite du fémur droit.*

Pr. Julia, 8 ans; salle Sainte-Amélie, 8; entrée le 17 septembre 1901.

Pas d'*antécédents* de tuberculose.

Histoire. — Début il y a 3 semaines. Abscess fluctuant qui fait le tour du fémur et se prolonge jusqu'au creux poplité. L'incision donne issue à un pus ostéomyélique, mais la trépanation montre qu'il n'y a pas de pus dans l'os.

Excellent état général. Rien aux poumons.

20 mars. — Guérison complète; fistules entièrement fermées. Mais il persiste un peu de raideur du genou.

Septembre. — Sous la cicatrice il s'est formé un volumineux abcès, qui s'est ouvert spontanément.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

a) 19 février :

— 1 p. 3 en 6 h.

? 1 p. 3, ? 1 p. 5, ? 1 p. 10, ? 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 5 jours. Etalon : $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ p. 15 en 6 h.

b) 20 avril :

— 1 p. 3 en 6 h.

? 1 p. 3, — 1 p. 5 en 24 h.

Culture formolée de 6 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 4 h.

CHAPITRE III

LOCALISATIONS DIVERSES

Observation 167. — *Tuberculosés multiples.*

C..., Antoinette, 43 ans; salle Sainte-Amélie, 41; entrée en 1900.

Antécédents tuberculeux.

Histoire. — A eu successivement: du lupus; puis des adénites multiples; puis des spina-ventosa multiples; enfin de la tuberculose métacarpo-phalangienne.

Malgré cela: état général assez satisfaisant. Rien aux poumons.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

26 janvier:

+ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

+ 1 p. 3, + 1 p. 5, + 1 p. 10, + 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 48 h. Etalon: + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

Observation 168. — *Lymphadénome ou adénite tuberculeuse de l'aisselle?*

B..., César, 43 ans, salle Saint-Pierre; entré le 11 février 1902.

Antécédents. — Sur 10 frères ou sœurs, 7 sont morts dont 3 de méningite.

Histoire. — Début il y a deux mois et demi : apparition spontanée d'un petit ganglion douloureux dans l'aisselle.

A l'examen : adénite axillaire bilatérale mais beaucoup plus volumineuse du côté gauche, constituée par des ganglions partiellement fusionnés entre eux, tout en conservant une certaine indépendance. Petite chaîne ganglionnaire dans le creux sus-claviculaire.

15 février. — Opération ; extirpation des ganglions, curage méthodique de l'aisselle. Les ganglions enlevés sont nettement caséux ; quelques-uns contiennent du pus, d'autres de gros tubercules crus.

Très bon état général. Expiration légèrement prolongée au sommet droit.

10 mars. — L'enfant revient avec une ostéite très vraisemblablement tuberculeuse de la crête iliaque droite.

EXPÉRIENCES. — 1° *Examen du sang :*

Leucocytose totale : 8.400 globules blancs, dont :

Polynucléaires 72 %.

Mononucléaires 28 % (dont 19 % de lymphocytes).

Pas de myélocytes.

2° *Séro-diagnostic tuberculeux :*

a) 13 février 1902 :

$\pm$ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, — 1 p. 15 en 6 h.

$\pm$ 1 p. 3, $\pm$ 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 20 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 8 h.

b) 15 mars 1902 :

+ 1 p. 3, + 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, — 1 p. 15 en 6 h.

+ 1 p. 3, + 1 p. 5, $\pm$ 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 15 jours. Etalon : + 1 p. 10, $\pm$ 1 p. 15 en 6 h.

3° *Examen des ganglions.*

a. *Un cobaye inoculé* avec un fragment de ganglion sous la peau de la cuisse, meurt au bout de quinze jours, avec des ganglions inguinaux et lombaires très hypertrophiés qui renferment de nombreux bacilles tuberculeux.

b. *L'examen histologique* (Prof. agrégé Paviot) montre qu'il s'agit bien de tuberculose : « sur les coupes, ganglion en partie en caséification, mais très récente ; et à la périphérie, nombreuses cellules géantes typiques. »

Observation 169. — *Lymphadénome ou adénite cervicale tuberculeuse ?*

G..., Benoît, 5 ans, salle Sainte-Aline, 20 ; entré en octobre 1901.

Antécédents ?

Histoire. — Début en avril 1901 par une petite tumeur ayant apparu derrière la branche montante gauche du maxillaire inférieur. Déjà l'année avant, il s'était produit une petite grosseur analogue ayant disparu spontanément.

Actuellement : tuméfaction du volume d'un œuf, derrière la branche du maxillaire, entourée de nombreuses petites tumeurs descendant en grappe de raisins jusqu'au moignon de l'épaule. Un seul ganglion à droite. Petits ganglions dans les aisselles et les aines. Pas de mégalosplénie. Fièvre pendant les cinq premiers jours de son séjour à l'hôpital seulement. •

17 janvier 1902. — A eu une blépharite rapidement guérie, mais les ganglions ont doublé en quelques jours.

9 avril. — La tumeur ganglionnaire a diminué de plus de moitié.

12 mai. — Sort du service, les ganglions n'ont pas augmenté, au contraire. Nous n'avons pu avoir de nouvelles plus récentes de cet enfant.

EXPÉRIENCES. — 1° *Examen du sang,*

Pas de leucocythémie.

2° *Sero-diagnostic tuberculeux.*

a) 19 janvier 1902 :

++ 1 p. 3, +++ 1 p. 5, + 1 p. 10, + 1 p. 15 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 9 jours. Etalon : + 1 p. 10, ± 1 p. 15 en 7 h.

b) 13 février 1902 :

++ 1 p. 3, +++ 1 p. 5, ± 1 p. 10, ± 1 p. 15 en 6 h.

++ 1 p. 3, +++ 1 p. 5, + 1 p. 10, + 1 p. 15 en 24 h.

Culture formolée de 20 jours. Etalon : + 1 p. 10, ± 1 p. 15 en 6 h.

c) 27 avril 1902 :

++ 1 p. 3, +++ 1 p. 5, ± 1 p. 10, — 1 p. 15 en 6 et 24 h.

Culture formolée de 13 jours. Etalon : + 1 p. 10, ± 1 p. 15 en 4 h.

Observation 170. — *Tuberculose du cœcum.*

F.-M..., Claude, 12 ans 1/2, salle Saint-Pierre, 37; entré le 27 mars 1902.

Pas d'*antécédents* de tuberculose.

Histoire. — Fièvre typhoïde, il y a sept mois. Il y a douze jours, douleur dans la fosse iliaque droite; température : 39, 5.

Actuellement: douleur bien moins vive, température : 37,8-38. On sent le long du côlon une masse empâtée non douloureuse, mal limitée, sur laquelle on ne peut se prononcer. Pas de symptômes antérieurs d'appendicite. L'enfant sort le 25 avril.

Il revient en mai 1902; les accidents ont empiré et nécessitent une intervention: tuberculose du cœcum évidente; granulations et masses tuberculeuses sur le cœcum.

EXPÉRIENCES. — *Séro-diagnostic tuberculeux.*

20 avril 1902 :

++ 1 p. 3, ± 1 p. 5, — 1 p. 10 en 6 h.

++ 1 p. 3, + 1 p. 5, — 1 p. 10 en 24 h.

Culture formolée de 6 jours. Etalon : + 1 p. 10, ± 1 p. 15 en 4 h.

CONCLUSIONS

I. Le séro-diagnostic de la tuberculose constitue une méthode inoffensive, facile, pratique et d'une très grande valeur dans le diagnostic de la tuberculose infantile. Nous avons suivi très rigoureusement la technique de S. Arloing et P. Courmont, en faisant usage de cultures diluées.

II. Le nouveau-né et l'enfant normal au-dessous de huit ou dix ans, n'agglutinent pas du tout le bacille tuberculeux d'Arloing même au taux de 1 pour 1 ; chez l'enfant tuberculeux, les agglutinations à 1 p. 3 et 1 p. 5 sont les plus fréquentes, celles à 1 p. 10 et 1 p. 15 sont beaucoup plus rares : dans ces conditions la limite valable de l'agglutination, qui chez l'adulte est de 1 p. 5 et même 1 p. 10, doit être chez l'enfant abaissée au taux de 1 p. 3. Toutefois, en raison de l'absence totale de pouvoir agglutinant chez les jeunes enfants, on devra tenir compte, au moins à titre d'indication, et d'autant plus que l'enfant sera plus jeune,

des agglutinations plus faibles, des agglutinations incomplètes, et aussi des agglutinations dites « retardées ».

III. Dans les TUBERCULOSES MÉDICALES de l'enfant :

1^o La séro-réaction est en général nette et d'un taux assez élevé dans les *formes chroniques* : tuberculose pulmonaire chronique (forme commune) ; tuberculose des séreuses (péritonites, pleurésies, péricardites) ; tuberculoses dites « atypiques » (ganglionnaires, viscérales, anémies suspectes, etc.).

D'une façon générale elle est très faible et peut même manquer dans les formes graves. Dans les cas de tuberculose pulmonaire chronique que nous avons pu suivre jusqu'à la mort, nous avons vu le pouvoir agglutinant baisser à mesure que progressaient les lésions.

2^o La séro-réaction est au contraire très faible dans les *tuberculoses aiguës* : broncho-pneumonie tuberculeuse, méningite tuberculeuse (granulie méningée). Mais ces formes étant surtout fréquentes chez les jeunes enfants dont le pouvoir agglutinant normal est absolument nul, les moindres ébauches d'agglutination constituent dans ces cas des indications précieuses.

3^o Dans la *granulie généralisée*, à prédominance pulmonaire, nous avons trouvé la séro-réaction négative.

IV. Dans les TUBERCULOSES CHIRURGICALES de l'enfant, l'agglutination, assez forte dans les tuberculoses ganglionnaires, viscérales, etc. et dans l'immense groupe des tuberculoses ostéo-articulaires, est faible au con-

traire dans les localisations purement osseuses. Les agglutinations retardées sont fréquentes.

V. Bien que d'une façon générale les agglutinations fortes correspondent plutôt à des formes bénignes, les agglutinations faibles à des formes graves, il nous paraît prématuré de parler de séro-pronostic.

VU :

Le Président de la Thèse,

ARLOING.

VU :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 22 octobre 1902.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université.

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

du Séro-diagnostic tuberculeux

1. S. ARLOING. — Agglutination du bacille de Koch par le sérum sanguin des tuberculeux. *Congrès de Méd. Interne*, Montpellier, 13 avril 1898.
2. — Sur l'obtention des cultures et d'émulsions homogènes du bacille de la tuberculose humaine en milieu liquide. *C. R. de l'Acad. des Sc.*, Paris, 9 mai 1898.
3. — Agglutination du bacille de la tuberculose vraie. *C. R. de l'Acad. des Sc.*, 16 mai 1898.
4. — Apparition dans le sérum sanguin, sous l'influence de produits chimiques, d'une matière capable d'agglutiner le bacille de la tuberculose vraie. *C. R. de l'Acad. des Sc.*, 31 mai 1898.
5. DUBARD. — Agglutination du bacille de la tuberculose. *Soc. de Biol.*, 30 avril 1898.
6. S. ARLOING et Paul COURMONT. — De l'obtention des cultures du bacille de Koch les plus propices à l'étude du phénomène de l'agglutination par le sérum sanguin des tuberculeux. *C. R. de l'Acad. des Sc.*, 19 septembre 1898.
7. S. ARLOING et Paul COURMONT. — Recherche et valeur clinique de l'agglutination du bacille de Koch. *C. R. de l'Acad. des Sc.*, septembre 1898; *Congrès pour l'étude de la tuberculose*, Paris 1898.
8. — Séro-diagnostic de la tuberculose. *Congrès pour la lutte contre la tuberculose*, Berlin, mai 1899.
9. — L'agglutination du bacille de Koch; séro-diagnostic. *Zeitschrift für Tuberkul. und Heilstättenwesen*, 1900, Band I, Heft I.

10. S. ARLOING et Paul COURMONT. — Des causes qui modifient le pouvoir agglutinant dans le sang des sujets expérimentalement tuberculeux. *Journal de Physiol. et de Pathol. générale*, 1900, n° 1.
11. — Influence chez le chien d'une inoculation de bacilles de Koch très virulents sur le pouvoir agglutinant. *C. R. Soc. de Biologie*, 1900.
12. S. ARLOING. — Séro-diagnostic de la tuberculose sur les animaux d'espèce bovine. *Journ. de Méd. Vétérinaire et de Zootechnie de l'Ecole Vétérinaire de Lyon*, septembre 1900, p. 449.
13. Paul COURMONT. — Actions des épanchements des séreuses sur le bacille de Koch en milieux liquides. *Soc. de Biologie*, 28 mai 1898.
14. — Séro-diagnostic des épanchements tuberculeux. *Presse médicale*, 11 juin 1898. *Congrès de la tuberculose*, Paris 1898.
15. — Agglutination du bacille de Koch par les épanchements tuberculeux. Séro-diagnostic. *Arch. de Méd. expérimentale*, nov. 1900; *Soc. de Biologie*, novembre 1900.
16. — Sur le même sujet : FEITU. — *Thèse de Lyon*, 1900.
17. S. ARLOING et Paul COURMONT. — Sur la valeur de la séro-réaction pour le diagnostic précoce de la tuberculose. *Presse médicale*, 1^{er} septembre 1900, n° 73; et *Deutsche, med. Wochenschr.*, novembre 1900, Bd. 48.
18. — Le séro-diagnostic de la tuberculose. Revue générale. *Gazette des Hôpitaux*, 1^{er} décembre 1900.
19. — Sur le séro-diagnostic de la tuberculose. Technique et résultats. *Rapport au Congrès de Londres pour l'étude de la tuberculose*, juillet 1901; et *Province médicale*, 31 août 1901, n° 35, p. 409.
20. CLÉMENT. — Contribution à l'étude du séro-diagnostic de la tuberculose. Son application aux cas de tuberculose chirurgicale. *Thèse de Lyon*, 1900.
21. MONGOUR et BUARD. — *Soc. de Biol.*, 10 décembre 1898; 7 juin et 17 juillet 1899. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 17 décembre 1898; 9 juillet 1899.
22. MONGOUR. — *Rapport à la Réunion médico-chirurgicale des Hôpitaux de Bordeaux*, 1899.

23. BUARD. — Séro-réaction tuberculeuse. Culture du bacille agglutinable. Etude spéciale chez l'enfant. *Thèse de Bordeaux*, 1900 ; *Journal de Physiol. et de Pathol. générale*, 15 sept. 1900. — Séro-réaction tuberculeuse. *Gazette hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, sept. 1900.
24. ROTHAMEL. — Agglutination du bacille de la tuberculose, principalement chez les cachectiques. *Thèse de Bordeaux*, nov. 1899.
25. MOSNY. — *Congrès de Paris*, 1900.
26. BENDIX. — Zur Serumdiagnose der Tuberkulose. *Deutsche méd. Wochens*, n° 14, 5 avril 1900, p. 224.
27. KNOPF. — Early recognition of pulmonary tuberculosis. *Jour. of the Amer. med. Assoc.*, déc. 1899.
28. FRANKEL. — Untersuchungen über die Serumdiagnose der Tuberkulose nach dem Verfahren von S. Arloing und P. Courmont. *Hygienische Rundschau*, n° 13, 1^{er} juillet 1900.
29. BECK et L. RABINOWITSCH. — Premier mémoire : Ueber den Werth der Courmont'Schen Serumréaction für die Fruhdiagnose der Tuberkulose. *Deutsche med. Woch.*, n° 25, 21 juin 1900.
30. — Deuxième mémoire : Ueber den Werth und die Bedeutung der Arloing-Courmont'Schen Serumreaction, besonders in Bezug auf die frühzeitige Erkennung der Rindertuberculose. *Zeit. für Hygiene und Infectiouskrankheiten*, vol. XXXVIII, 1901.
31. DIEUDONNÉ. — *Militararzt. Zeitschrift*, p. 528, 1900.
32. LUBOWSKY. — Ueber einen ataxischen Diphtheriestamm und über die agglutination der Diphtheriebacillen. *Hygienische Rundschau*, n° 13, 1900.
33. MAX NEISSER. — *Wiener med. Wochenschr.*, nos 48 et 49, 1900.
34. HORCICKA. — Beitrag zur Serumdiagnose der Tuberkulose nach dem Verfahren von S. Arloing und P. Courmont. *Hygienische Rundschau*, n° 22, 1900.
35. FICKER. — Ueber die Serum-reaction bei Tuberkulose. *Zeitschrift für Tuberkulose*, B. I. H. 4, 1900.
36. BRONSTEIN. — *Soc. de Pédiatrie de Moscou*, 1901, et *Wratch*, 1901
37. CARRIÈRE. — Le Séro-diagnostic de la Tuberculose. *Soc. de Biol.*, 6 juillet 1901.

38. ROMBERG. — Premier mémoire: Zur Serumdiagnose der Tuberkulose. *Deutsche Med. Wochenschr.*, nos 18 et 19, 1901.
39. — Deuxième mémoire: Weitere Mittheilungen zur Serumdiagnose der Tuberkulose. *München Med. Woch.*, n° 3, 1902.
40. G. N. KAZARINOV. — Contribution à l'étude du Sérodiagnostic de la Tuberculose. *Rousski Wratch*, 15, 17, 27 octobre 1901.
41. P. RUITINGA. — Over agglutinatie van tuberkelbacillen ter herkenning van tuberculose. *Inaugural Dissert de Bussy*. Amsterdam 1901. Anal. in: *Zeit für Tuberculose*, B III, H 1, 1902.
42. KOCH. — Ueber die Agglutination der Tuberkelbacillen und über die Verwerthung dieser Agglutination. *Deutsche Med. Wochenschr.*, n° 88, 1901.
43. DE NOBELE et BEYER. — Recherches sur la valeur de l'agglutination du bacille d'Arloing-Courmont, au point de vue du diagnostic précoce de la tuberculose. *Soc. de Méd. de Gand*, 3 décembre 1901; et *Imprim. Eug. Vander Haeghen*, Gand 1902.
44. SCHRAPP. — La tuberculose: son diagnostic précoce par la séroagglutination. *Arch. de Méd. et de Pharm. militaires*, février 1902.
45. WIDAL et RAVAUT. — Recherches sur l'agglutination du bacille de Koch et le cytodiagnostics dans 24 cas d'épanchements séro-fibrineux de la plèvre. *Congrès de la Tuberculose*, Londres 1901.
46. PAUL COURMONT. — Résultats comparés du cytodiagnostics et du sérodiagnostic tuberculeux des épanchements des séreuses. *Bull. de la Soc. méd. des Hôpitaux de Lyon*, 14 mars 1902.
47. E. WEILL et A. DESCOS. — Cytologie et séro-diagnostic tuberculeux. *Bull. de la Soc. méd. des Hôpitaux de Lyon*, 14 mars 1902.
48. RUMPF et GUINARD. — Recherches sur la séroagglutination tuberculeuse. *Presse médicale*, n° 24, 22 mars 1902, p. 282.
49. ASCOLI et DE GREGORIO. — L'agglutinazione dei bacilli. tuberculari. *Il. Policlinico* VIII, 25 janvier 1902.
50. F. de GRAZIA. — Le séro-diagnostic de la tuberculose pulmonaire. *Berliner Klinische Wochenschr.*, 1902, p. 229 et 262.
51. A. IVANOV. — Du séro-diagnostic de la tuberculose. *Nevrologitchesski Vestnik*, 849-857, 1901.

52. Ed. HAWTHORN. — La séroréaction tuberculeuse. *Réunion biologique de Marseille*, mai 1902; *C. R. Soc. de Biologie*, 6 juin 1902; *Mémoire couronné par le Comité médical des Bouches-du-Rhône*, Imprimerie Marseillaise, 1902.
53. S. ARLOING et P. COURMONT. — Action du froid ou des antiseptiques sur les cultures conservées pour le séro-diagnostic tuberculeux, *Soc. de Biol.*, 14 déc. 1901.
54. — Quelques indications pratiques pour le Séro-diagnostic de la tuberculose. *Province Médicale*, 17 mai 1902.
55. Fritz THELLUNG. — Etude expérimentale sur l'agglutination du bacille tuberculeux et sur le traitement de la tuberculose par la nouvelle tuberculine de Koch. *Centralblatt f. Bakteriologie*, 1902, 5 juin, t. XXXII, n° 1, p. 28.
56. P. RUITINGA. — Zur Serumdiagnose der Tuberkulose. *Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen*, Bd III, Heft 6, p. 489-498, octobre 1902.
57. MARZAGALLI ET CAFFARENA. — Sur l'agglutination du bacille tuberculeux. *Douzième Congrès de la Société italienne de médecine interne*, Rome, 28-31 octobre 1902.
-

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

	Pages
Introduction. — Technique. — La séro-réaction chez le nouveau-né et l'enfant normal	9
CHAPITRE PREMIER. — <i>Introduction</i>: Difficulté du diagnostic clinique de la tuberculose chez l'enfant. — Nombreux moyens adjuvants employés pour y remédier. — Le séro-diagnostic d'Arloing-Courmont	11
CHAPITRE II. — <i>Technique</i>: Emploi des cultures diluées. — Modifications à apporter au manuel opératoire du séro-diagnostic de la tuberculose chez l'enfant.	27
I. Obtention et conservation de la substance agglutinable	29
A. Entretien des cultures liquides homogènes	29
B. Emploi des cultures. <i>a.</i> Emploi des cultures jeunes.....	30
<i>b.</i> Emploi des cultures diluées.....	32
C. Conservation de la matière agglutinable.....	34
D. Emploi du sérum-étalon	35
II. Obtention du sérum	36
III. Manuel opératoire	37
IV. Appréciation de l'agglutination	38
<i>a.</i> Le facteur temps et le facteur dose.....	38

	Pages
<i>b.</i> Quelques particularités de l'agglutination chez l'enfant	39
<i>c.</i> L'agglutination doit être macroscopique.....	40
<i>d.</i> Système de notation.....	41
CHAPITRE III. — <i>La séro-réaction tuberculeuse chez le nouveau-né et l'enfant normal</i>	43
I. La séro-réaction tuberculeuse chez le nouveau-né normal	44
II. La séro-réaction chez le nouveau-né issu de souche tuberculeuse.....	47
III. La séro-réaction tuberculeuse chez l'enfant normal à ses différents âges.....	52

DEUXIÈME PARTIE

La séro-réaction tuberculeuse chez l'enfant atteint de tuberculose médicale	57
CHAPITRE PREMIER. — <i>Tuberculose pulmonaire</i>	61
I. Tuberculose pulmonaire chronique ulcéreuse (forme commune).....	61
<i>A.</i> Tuberculoses évidentes	62
<i>B.</i> Tuberculoses au début.	69
1° Tuberculoses certaines	70
2° Tuberculoses douteuses	71
3° Affections non tuberculeuses simulant la tuberculose au début	75
4° Cicatrices pulmonaires tuberculeuses.....	75
II. Tuberculose pulmonaire aiguë. Broncho-pneumonie tuberculeuse	79
CHAPITRE II. — <i>Tuberculose aiguë à forme granulique</i>	85
I. Granulie généralisée à prédominance pulmonaire...	86
II. Granulie à localisation méningée ; méningite tuberculeuse	88

	Pages
CHAPITRE III. — <i>Tuberculose des séreuses</i>	95
I. Péritonites tuberculeuses.....	96
II. Pleurésies.....	98
A. Pleurésies sûrement tuberculeuses.....	99
B. Pleurésies douloureuses.....	102
C. Pleurésies sûrement non tuberculeuses.....	103
III. Péricardites tuberculeuses.....	104
CHAPITRE IV. — <i>Tuberculosés atypiques</i>	107

TROISIÈME PARTIE

La séro-réaction tuberculeuse chez l'enfant atteint de tuberculose chirurgicale	117
CHAPITRE PREMIER. — <i>Localisations ostéo-articulaires</i>	123
CHAPITRE II. — <i>Localisations osseuses, abcès froids</i> ...	127
CHAPITRE III. — <i>Localisations diverses</i>	129
CHAPITRE IV. — <i>Réflexions sur le séro-réaction dans la tuberculose chirurgicale de l'enfant</i>	133
A. Agglutinations retardées.....	133
B. Séro-réactions négatives.....	135
C. Discussion de quelques cas intéressants.....	136

QUATRIÈME PARTIE

Considérations générales sur le séro-diagnostic tuberculeux chez l'enfant. -- Statistiques. -- Résumé.	141
I. Statistique générale.....	144
II. Statistique d'après le taux de l'agglutination.....	146
III. Statistique d'après l'âge.....	147

	Pages
IV. Agglutinations incomplètes et agglutinations retardées.....	150
V. La séro-réaction chez le nouveau-né et l'enfant normal.....	150
VI. La séro-réaction dans les tuberculoses médicales.....	151
A. Tuberculoses chroniques à évolution lente.....	151
1° Tuberculose pulmonaire (forme commune).....	151
a. Tuberculose au début.....	151
b. Tuberculose à la période de ramollissement et d'excavation.....	151
c. Formes graves.....	152
2° Tuberculose des séreuses.....	152
3° Tuberculoses atypiques.....	153
B. Tuberculoses aiguës.....	153
C. Affections non tuberculeuses.....	154
VII. La séro-réaction dans les tuberculoses chirurgicales.....	154
VIII. Essai de séro-pronostic.....	155

CINQUIÈME PARTIE

Pièces justificatives: observations et expériences

Observations de tuberculoses médicales

CHAPITRE PREMIER. — <i>Tuberculose pulmonaire</i>	159
I. Tuberculose pulmonaire chronique.....	159
A. Tuberculoses évidentes.....	159
B. Tuberculoses au début.....	171
1° Tuberculoses certaines.....	171
2° Tuberculoses douteuses.....	177
3° Affections non tuberculeuses simulant la tuberculose au début.....	183
4° Cicatrices tuberculeuses.....	186

	Pages
II. Tuberculose pulmonaire aiguë	187
1° Broncho-pneumonie tuberculeuse	187
2° Broncho-pneumonie non tuberculeuse	190
CHAPITRE II. — <i>Tuberculose aiguë granulique</i>	199
I. — Granulie généralisée, à prédominance pulmonaire	199
II. — Méningite tuberculeuse	204
Affections méningées non tuberculeuses	212
CHAPITRE III. — <i>Tuberculose des séreuses</i>	217
I. Péritonites tuberculeuses	217
II. Pleurésies	226
A. Pleurésies sûrement tuberculeuses	226
B. Pleurésies douteuses	232
C. Pleurésies sûrement non tuberculeuses	237
III. Péricardites tuberculeuses	239
CHAPITRE IV — <i>Tuberculosos atypiques</i>	243
 <i>Observations de tuberculeuses chirurgicales</i>	
CHAPITRE PREMIER. — <i>Localisations ostéo-articulaires</i>	261
CHAPITRE II. — <i>Localisations osseuses; abcès froid</i>	285
CHAPITRE III. — <i>Localisations diverses</i>	293
CONCLUSIONS	297
BIBLIOGRAPHIE DU SÉRO-DIAGNOSTIC TUBERCULEUX	301
TABLE DES MATIÈRES	307

